

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1922 - 1923 — N° 42

L'Epilepsie et la Vie génitale chez la Femme.

(Etude Clinique et Étiologique)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 14 Décembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Théodore HOARAU

né à SAINT-PIERRE (Ile de la Réunion) le 15 Juin 1893



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1922

L'ÉPILEPSIE ET LA VIE GÉNITALE
CHEZ LA FEMME.

(Etude clinique et étiologique).

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1922 - 1923 — N° 42

L'Epilepsie et la Vie génitale chez la Femme.

(Etude Clinique et Étiologique)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 14 Décembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Théodore HOARAU

né à SAINT-PIERRE (Ile de la Réunion) le 15 Juin 1893



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1922

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. HUGOUNENQ.
Doyen	MM. J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,
A. FLORENCE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TESSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	POLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique et médicale	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	N-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Histologie	X
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Chirurgie opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	MOREAU

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Embryologie	GRAVIER.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (L.)	SAKONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE	NOEL chargé
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	des fonctions
CADE	DUROUX	CORDIER	
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. J. LÉPINE, *Président*; M. CADE, *Assesseur*
MM. FROMENT et CORDIER, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME

En gage d'affection et de dévouement.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je leur offre mon travail en témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A MADAME BOUSSON DE MAIRET

Témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MONSIEUR ET MADAME M. VARENNE

Affection et reconnaissance.

MEIS ET AMICIS

AUX DOCTEURS

FONTAINE, PERRET, DAUX ET GIROD

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEPINE

Doyen de la Faculté de Médecine

Il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous le prions de trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FROMENT

Qui a bien voulu accepter d'être juge à cette thèse. Nous le remercions et lui exprimons tous nos respects.

A NOS JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR REBATTU

Il nous a inspiré notre travail,
nous a guidé de ses conseils, et nous
a toujours témoigné la plus grande
bienveillance.

Nous le prions d'accepter toute
notre reconnaissance et tous nos
remerciements.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LATARJET

Respectueusement.

A NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

L'ÉPILEPSIE ET LA VIE GÉNITALE

CHEZ LA FEMME.

(Etude clinique et étiologique).

INTRODUCTION

« Tout se lie et s'enchaîne dans la nature, il n'y a point de partie isolée. » C'est ainsi que, dans la machine humaine que nous nous plaisons à regarder comme la plus parfaite, le cerveau, organe central de la vie, qui commande à tous les rouages les plus complexes, est le point principal où viennent se répercuter toutes les souffrances de l'économie.

Une « communauté de souffrance » unit les parties les plus diverses de notre organisme; elles sont toutes solidaires dans les atteintes du mal, comme elles l'étaient dans la complète harmonie de l'état de santé. Quelle que soit la diversité des rôles répartis à chacune d'elles, et qui leur donne une apparence d'organe automones, elles ne vivent point pour leur propre compte et ne « souffrent » pas davantage indépendamment les unes des autres.

Nous n'en voulons pas d'autre exemple que l'appareil de la génération, dont le but bien déterminé est la perpétuation de la race. En est-il un qui paraisse former un tout aussi complet et plus indépendant ?

plus libre de toute attache du poste central que constitue le cerveau ?

Vienne cependant un processus morbide qui en trouble le bon fonctionnement, et l'on assistera à l'éclosion, dans le cerveau, d'une affection qui jettera dans tout l'organisme les perturbations les plus graves. C'est dans ce territoire le plus éloigné du point d'invasion que les ravages de l'ennemi seront le plus vivement manifestés, à tel point qu'on croirait à une lésion du cerveau seul.

Ce sera l'objet de notre travail.

Nous nous proposons, en effet, d'essayer d'établir les différents rapports qui existent entre l'épilepsie et les différentes phases de la vie génitale de la femme. Nous montrerons combien ils sont nombreux. Sans doute, ils n'ont pas force de loi, et souvent se produisent suivant des modalités variables : toutes les femmes épileptiques ne voient pas leur affection à chacun des stades de leur « vie utérine » prendre la même évolution particulière; mais, très souvent, ils influent sur l'affection, soit pour déclancher la crise, soit pour aggraver le mal ou même l'améliorer.

Nous nous efforcerons de le montrer par des faits cliniques. Il y a peut-être là, un facteur étiologique possible. Il intervient, nous n'en doutons pas, à l'égal de beaucoup d'autres; mais nous voulons établir cette intervention.

L'état de nos connaissances ne nous permet pas d'expliquer par quels mécanismes naît l'affection, ni suivant quelles lois se déclanchent les crises; toutefois, nous soumettrons à ce sujet quelques réflexions

que nos juges voudront bien accepter avec la plus grande indulgence, ainsi que tout le reste de notre essai. Nous les en prions.

Nous n'avons pas, en effet, la prétention de vouloir élaborer une théorie pathogénique de « la maladie divine d'Hippocrate », ni porter la lumière dans la solution de ce problème qui est d'une complexité extrême. Nous voulons seulement, après tant d'autres, attirer l'attention sur ce point de physiologie pathologique encore très obscur.

Nous ordonnerons notre travail ainsi qu'il suit :

Dans un premier chapitre, que nous intitulerons « Historique », mais qui, à proprement parler, n'en sera pas un, nous énumérerons, souvent sans chercher à les discuter, les différentes étiologies de l'épilepsie. Nous ne pouvons, en effet, nous attacher à écrire l'histoire de cette affection depuis nos Maîtres les plus anciens jusqu'à ceux qui nous enseignent aujourd'hui.

Là n'est pas notre sujet.

Cependant, il ne nous semble pas inutile d'exposer les différentes étiologies proposées : tout se tient. Elles peuvent être liées à celle qui nous occupe.

Alors commencera réellement notre travail. Il comptera deux grandes divisions.

Dans la première, seront étudiés les différents stades de la vie génitale de la femme, les troubles généraux qui les accompagnent et leurs répercussions sur les crises épileptiques. Chacun d'eux sera suivi d'observations prises dans les différents services, et que nous devons à l'obligeance de nos maîtres. La plus grande partie vient du service des Epileptiques du

docteur Rebattu, médecin des Hô pitaux, à l'hospice du Perron. Les quatre premiers chapitres leur seront consacrés; ils seront suivis d'un tableau qui résumera, en une classification simple, toutes nos observations, et permettra de les embrasser mieux et plus rapidement. Un cinquième chapitre sera consacré à l'opothérapie ovarienne.

La deuxième partie contiendra nos réflexions. Elle sera brève, nous ne ferons qu'effleurer de difficiles problèmes. Toutes les œuvres que nous avons consultées, tous les journaux médicaux que nous avons lus, nous ont peu aidé dans cette voie. Les auteurs se sont souvent contentés de noter les relations qui nous intéressent, mais sans plus s'y arrêter. Nous les répéterons. Nous apporterons la valeur d'observations cliniques nombreuses. Ce sera donc, en même temps que la plus délicate, la partie la plus faible de notre thèse. Sa difficulté même nous méritera l'indulgence de nos juges. Ce sera notre récompense.

Des conclusions enfin s'imposent. Nous les donnerons pour ce qu'elles vaudront. Qu'elles soient acceptées ou rejetées, nous garderons l'honneur d'avoir travaillé et coopéré à la recherche de la vérité.

Historique.

L'histoire de la Médecine porte, dès ses débuts, des traces de l'affection que nous allons étudier. Nos premiers Maîtres déjà, s'étaient occupés de la combattre; mais, s'ils avaient pu observer souvent tous les traits de l'épilepsie et leur violence, ses causes restaient dans une pénombre mystérieuse. Ils ne pouvaient pas les pénétrer. Même à eux, hommes de l'Art, elle inspirait un effroi religieux : il leur semblait que, par elle, une influence de l'Au-delà fût mêlée à notre vie. Ne pouvait-elle être une arme de l'impitoyable justice divine? Ils l'avaient appelée « morbus sacer », la maladie sacrée.

Les Romains suspendaient les comices, quand quelqu'un tombait frappé de ce mal. Aussi, l'avaient-ils nommé « mal des comices » et de nos jours, il est encore le mal comitial.

Le temps n'est pas encore très loin où l'épilepsie et l'hystérie étaient « possession et ensorcellement ». Grande était l'horreur qu'elles faisaient naître dans l'entourage du malade; grande aussi l'impuissance des remèdes dont on disposait contre elle. Et la superstition en appelait à l'aide de Dieu. On exorcisait:

« l'étole, le rituel, les reliques » intervenaient. Ces affections survécurent.

L'épilepsie passa à travers les âges. Mal de la terre, mal caduc, mal de Saint-Jean, haut mal : ce ne sont là que les « litanies d'une même misère » et qui la désignent.

Aujourd'hui, les travaux de ceux qui nous ont précédés, les moyens dont dispose la science médicale actuelle, nous permettent de l'envisager avec plus de sang-froid et de nous y attaquer avec un peu plus de succès.

S'il est vrai qu'Hippocrate ait nié l'essence divine de cette affection et ait attribué son origine « à l'humeur pituitaire ou à la pléthore », il n'est pas moins certain qu'on se soit surtout attaché, par la suite, à combattre directement les manifestations nerveuses par des moyens efficaces souvent, sans se préoccuper de déceler les causes mêmes du mal.

Il faut attendre le XVIII^e siècle pour voir la création des premiers services d'épileptiques. Dans sa deuxième moitié apparaît « la magistrale étude de Tissot », qui est la plus complète qu'on ait écrite; et à la fin de ce même siècle, l'étiologie jusqu'alors reléguée au second plan, prend enfin une plus large place.

Des notions nouvelles apparaissent au siècle suivant, et il se fait de grands progrès. Beau s'attache à démontrer le rôle de l'hérédité. Puis l'on parle de l'origine infectieuse. L'épilepsie partielle est distinguée par Bravais et après 1871, l'intoxication par l'alcool entre en jeu.

Nous ne citerons pas les travaux nombreux et in-

téressants publiés tant par les auteurs français que par les étrangers, les Anglo-Saxons surtout. Toutefois, nous mentionnerons les leçons de Carrier, de Lyon, sur l'hérédité névropathique, le rôle de la tuberculose et des maladies infectieuses; le traité de Féré

Nous arrivons à Pierre Marie (1).

En 1887, cet auteur publie, dans le « Progrès Médical » un article qui mérite de faire date dans l'histoire de l'étiologie de l'épilepsie. Avec lui, une ère nouvelle s'ouvre, et déjà nous nous acheminons vers les théories actuelles. P. Marie, tout en laissant à l'hérédité son importance déjà établie, ne s'en trouve pas satisfait. Il fait intervenir un facteur « nécessaire » qui est une cause déterminante.

« Si quelque maladie générale, dit-il, n'est pas venue porter ses coups, soit primitivement, soit secondairement sur les centres nerveux ou leurs annexes, ces héréditaires, ces dégénérés ne deviennent pas des épileptiques. » Il ajoute plus loin : « l'hérédité est une cause prédisposante... ces affections créent des épileptiques, non l'attaque ».

Retenons l'idée de « prédisposition », elle est nouvelle.

Nous la retrouvons par ailleurs en physiologie expérimentale, où nous citerons H. Jackson : « l'excitabilité de l'écorce, voilà la condition nécessaire et suf-

(1) BEAU, « Recherches statistiques pour servir à l'histoire de l'hystérie et de l'épilepsie. »

FÉRÉ « Les épilepsies et les épileptiques. »

(2) P. MARIE, cité par Georgopoulos.

fisante du phénomène; selon que cette excitabilité s'exalte ou diminue, l'intensité et l'extension des convulsions varient ».

Ainsi, des infections, des intoxications, pourront ou produire, ou maintenir « cette excitabilité corticale » nécessaire à l'apparition de l'attaque, et les convulsions seront plus nombreuses ou plus longues suivant l'état de résistance du cerveau.

M. de Fleury précise davantage : « Si le malade est un épileptique, dit-il, c'est que son cerveau est touché; mais s'il est pris aujourd'hui, à telle heure, d'un accès convulsif ou de quelque vertige, c'est que des irradiations sont venues agir puissamment par action réflexe ou par empoisonnement chimique, sur le système nerveux central. »

La notion d'un poison qui contribuerait à produire le syndrome fut admise. Les cliniciens avaient déjà observé les phénomènes convulsifs dus à des états toxiques, tel l'alcoolisme, le saturnisme. Les expérimentateurs les avaient reproduits par l'introduction dans l'organisme de poisons dits « convulsivants ».

Mais on ne s'en tient pas à ce seul mode d'intoxication : on pensa aussi aux poisons pouvant être produits dans l'organisme lui-même. Cette théorie fut unanimement acceptée ; les discussions s'élevèrent seulement en ce qui concerne la source de ces produits toxiques. On en accusa surtout l'insuffisance des émonctoires ; le tube digestif fut mis en cause. Nous retrouvons « les anciennes humeurs peccantes. » On nous permettra de puiser largement dans le magnifique traité de Tissot. « Hippocrate avait déjà vu

et indiqué que l'irritation de l'estomac pouvait produire cette maladie qui était très souvent causée par une bile noire, et M. Barchaave confirme son observation par celle d'une juive, chez qui il observa une épilepsie affreuse produite par cette même bile. Galien parle partout de cette influence de l'estomac sur le cerveau ; on voit naître, dit-il des délires et des convulsions quand le principe des nerfs est affecté par un vice de l'estomac. Il parle d'ailleurs d'un jeune homme qui avait de fortes convulsions dont il fut délivré, quand il eut vomi une bile âcre ; dans un autre endroit, il dit avoir vu des gens qui, par le vice de l'estomac, prenaient une attaque d'épilepsie, s'ils ne digéraient pas bien... Depuis lui, plusieurs médecins ont donné d'autres observations d'épilepsie produite par la même cause. Valleriola, médecin d'Avignon du xvr^e siècle, cite l'exemple d'une femme chez qui un vice de l'estomac produisit l'épilepsie la plus violente. « On trouve dans les consultes de Pernel l'état d'une femme de 23 ans dont l'épilepsie dépendait évidemment de l'estomac. L'on trouve dans un des recueils de Théophile Bonnet l'observation d'un homme de 30 ans dont le mal avait le même siège...

« Les intestins peuvent aussi contenir la cause du mal, et c'est là où je la trouve le plus souvent chez les enfants depuis l'âge de 5 ans, jusqu'à celui de 10 ou 12 ans. Elle peut s'y trouver à tout âge, mais c'est celui d'un mauvais régime, surtout pour les enfants d'un bas ordre. On m'en amène souvent, qui ont des accès plus ou moins fréquents et plus ou moins forts,

avec un visage pâle, bouffi, des yeux cernés, de l'abattement, de la tristesse, un gros ventre, quelquefois une légère nouûre et qui sans chute, sans frayeur, sans avoir eu de maladie, sont tombés dans cette maladie à l'âge de 5 ou 6 ans ; je ne crains point alors d'assurer que les embarras du bas ventre, surtout des intestins et du mésenthère sont la cause du mal ; je les traite en conséquence et ils guérissent presque tous. Les embarras nuisent de deux façons : premièrement la nutrition se faisant moins bien, le genre nerveux s'affaiblit ; en second lieu, les matières corrompues l'irritant, quand il a acquis cette disposition à la mobilité ; les accès sont l'effet de cette irritation... Quand les vers se joignent à la saburre ils augmentent considérablement l'irritation et l'expérience journalière apprend qu'on doit les regarder comme une des causes les plus ordinaires de cette maladie parmi les jeunes gens ; elle se trouve même chez les adultes. »

Tissot avait déjà beaucoup parlé du rôle du tube digestif dans la production de l'épilepsie avant qu'il ait été question d'auto-intoxication.

L'épilepsie jacksonnienne par « intoxication gastrique » fut décrite par Christiani.

On découvrit les rapports intimes de l'épilepsie et de la dyspepsie, l'insuffisance hépatique. Ici, nous devons citer J. Lépine, MM. Faure et Ballet (1). Nous donnerons l'observation si intéressante que ceux-ci ont publiée il n'y a pas longtemps.

(1) FAURE et BALLET. Presse médicale, 1902.

« Le malade, dont il s'agit, fait des crises convulsives avec cri, chute, secousses convulsives rythmées et généralisées. Elles se produisent toutes les semaines pendant 4 mois. Par ailleurs il présente des accidents péritonéaux, ictère et hypertrophie du foie. Les crises deviennent sub-intrantes et le malade succombe. L'autopsie du cerveau et des méninges ne révèle rien de particulier ; seul le foie est bourré d'abcès et le parenchyme qui les sépare est gravement altéré ».

Ces auteurs pensent qu'il faut attribuer cette épilepsie à l'insuffisance fonctionnelle du foie.

Nous envisagerons maintenant une autre source possible de poisons endogènes : les glandes à sécrétion interne.

« Ce fut Bichat, dit Claude Bernard, qui, en fondant l'anatomie générale des tissus, apporta à la physiologie le point d'appui anatomique qui lui manquait. Il fit comprendre l'inanité de la recherche d'un principe mystérieux et unique pour expliquer toutes les manifestations vitales, et il montra qu'en physiologie : chaque phénomène doit être rattaché directement et rigoureusement aux propriétés spéciales d'un tissu vivant ». Conformément à ces idées, Claude Bernard établit l'existence d'organes glandulaires qui déversent leur produit de sécrétion dans le sang lui-même, il est hors de doute, dit-il, que ces organes modifient le sang » et Brown-Séquard ajoute que ces sécrétions « maintiennent l'organisme en équilibre ».

Il n'est donc pas impossible qu'un fonctionnement défectueux de ces glandes rompe, par un mécanisme que nous ne connaissons pas, cet équilibre, et puisse

jouer un rôle dans l'éclatement de l'épilepsie, rôle soupçonné par beaucoup d'auteurs.

Il nous sera permis de citer seulement la surrénale et l'hypophyse : bien plus rarement que les autres glandes à sécrétion interne, elles ont figuré parmi les facteurs étiologiques de l'épilepsie. Nous laisserons aussi le testicule dont le rôle physiologique et pathologique est analogue chez l'homme à celui de l'ovaire chez la femme.

Il nous reste la thyroïde et l'ovaire. La thyroïde a été souvent accusée de ne pas être étrangère à l'épilepsie et peut-être avec raison. Mais les nombreux auteurs qui se sont occupés de cette question sont d'avis différents au sujet du mode d'intervention de cette glande. Les uns donnent la préférence à l'hyperthyroïdie ; d'autres à l'hypothyroïdie. Aussi ne faut-il pas s'étonner des résultats les plus opposés obtenus par l'opothérapie thyroïdienne ? C'est ainsi que M. Bastien, de Marchienne-au-Pont, a obtenu une grande amélioration chez plusieurs malades traitées par de l'iodothyrene. Vassale obtient des résultats favorables sur 3 jeunes filles.

Osborne « chez un jeune garçon devenu presque idiot à la suite de l'administration des bromures, a obtenu une diminution des attaques et le retour à la normale de l'état intellectuel. »

Soukow-Ossipow : « L'opothérapie thyroïdienne, pratiquée chez une jeune fille de 17 ans, qui était sujette à des crises d'épilepsie, à la suite de l'ablation de la thyroïde, fit disparaître les accidents. Ils repa-
rurent avec la suppression du médicament.

Gordon traite 6 malades, chez lesquelles les attaques épileptiques deviennent de moins en moins nombreuses.

Après ces beaux résultats concluants, nous donnons ceux tout à fait opposés de M. Paris (de Marseille), publiés dans le *Journal de Neurologie*. Après trois jours de médication thyroïdienne le malade se repose quatre jours : « Tous les épileptiques qui ingérèrent du corps thyroïde éprouvèrent, dès le troisième jour de la première semaine et surtout de la deuxième semaine, une confusion mentale extrême, avec désordre des actes, mobilité, inconscience incessante. Quant aux attaques d'épilepsie, leur nombre mensuel atteignit pour chaque malade un chiffre auquel il n'était jamais arrivé auparavant et qui ne se reproduisait plus après la suppression définitive de l'administration du corps thyroïde. L'action de la thyroïdine est la même ».

Après de pareils résultats cet auteur conclut à l'intervention dans la production de l'épilepsie d'un facteur hyperthyroïdien.

L'anatomie pathologique révèle que « la sclérose est presque la règle » ; il se peut ; mais la thyroïde est loin d'être la seule glande atteinte de sclérose en général chez les épileptiques. De plus Claude et Schmiergeld ajoutent que « macroscopiquement, la glande se présente dans un aspect anormal. Elle est petite, les lobes sont inégalement développés, le poids de l'organe est, en général, inférieur à la normale ». Nous ne pouvons tenir le même langage. Les nombreuses malades observées par M. le Docteur Rebattu

ont rarement présenté des signes d'insuffisance thyroïdienne, sur 92 malades 4 seulement présentaient un goître, chez 2 d'entre elles il existait quelques signes d'hyperthyroïdie. Chez 4 autres malades il note du basedowisme fruste.

Ces faits rapportés, nous terminons notre revue étiologique qui n'a nullement la prétention d'être complète, par un nouvel emprunt à Tissot. Il s'agit de deux cas d'épilepsie réflexe « de parties extérieures du corps » : Parmi toutes les observations, il en est peu qui méritent autant d'attention que celle que rapporte le Docteur Short, de la Société Royale de Londres, dans les « Essais » d'Edimbourg ...au mois de juillet de l'année 1720 une femme âgée d'environ 38 ans, vient me consulter, elle était atteinte depuis 12 ans d'épilepsie, dont les accès pendant ce temps-là, n'étaient revenus qu'une fois par mois; ils revenaient pour lors, 4 ou 5 fois par jour, et duraient chaque fois 1 heure ou 1 heure 1/2, ce qui la rendait triste, stupide et incapable d'avoir l'œil sur son ménage et de prendre soin de sa famille. Telles étaient les circonstances où se trouvait réduit son mari, qui, par affection pour elle, avait pris et suivi les avis de tous ceux qu'il avait pu consulter. Les accès commençaient toujours par la jambe aux environs de la partie inférieure des muscles jumeaux et dans l'instant la tête se trouvait prise et la malade se laissait tomber; la bouche paraissait alors couverte d'écume, et la malade faisait des contorsions terribles des lèvres, du col et des extrémités. Dans le temps que je l'interrogeais, il lui survint un accès qui la renversa par terre;

je lui examinai la jambe et je n'y aperçus aucun gonflement, ni dureté, ni relâchement, ni rougeur qui rendit l'endroit ci-dessus désigné, différent de celui de l'autre jambe : je soupçonnai cependant que la cause de sa maladie devait se trouver à cet endroit, puisque c'était par lui que commençait l'accès ; c'est pourquoi je lui enfonçai tout de suite un scalpel environ deux pouces, et je sentis un petit corps dur que je séparai des muscles et que je tirai ensuite avec des pinces ; c'était une substance dure et cartilagineuse ou un ganglion de la grosseur d'un très gros pois qui était situé sur un nerf que je coupai. La malade revint sur le champ de son accès, se mit à crier qu'elle se portait bien et n'a jamais eu depuis aucune attaque ; elle reprit bientôt ses premières forces tant de l'esprit que du corps. »

Une jeune dame était sujette à de fréquents accès d'une maladie convulsive et extraordinaire contre lesquels tous les remèdes avaient été inutiles ; elle s'adressa enfin à un célèbre médecin d'Oxford qui lui dit que ses accès étaient causés par la dislocation des os sésamoïdes de la première phalange du gros orteil et que l'amputation de ce doigt l'en délivrerait infailliblement. La malade suivit son avis ; on lui coupa le gros orteil et elle recouvra parfaitement sa santé ».

Nous avons rappelé quelques étiologies attribuées à l'épilepsie : l'hérédité, les maladies infectueuses, les toxiques et les troubles endocriniens, l'irritation d'un nerf, et d'autres encore. Est-ce à dire pour cela que tout parent épileptique doive forcément léguer sa

misère en même temps que la vie à sa descendance ? Que toute personne atteinte de maladies infectieuses ou s'adonnant à l'alcool doive inévitablement être victime de l'épilepsie ? Est-ce que tout trouble endocrinien, tout névrome, dyspepsie, entérite, vont produire cette affection ? Il n'en est rien heureusement. A quel chiffre s'élèverait le nombre des épileptiques déjà si grand ? Qui est-ce qui ne le serait pas ?

Il faut donc quelque chose de plus. Il faut la « prédisposition » de Pierre Marie, « l'excitabilité de l'écorce » dont parle Jackson, « le tempérament épileptique » que l'épileptique apporte en naissant : la « prédisposition héréditaire ». — « Si les parents ont mangé des fruits verts, dit l'Ecclésiaste, les enfants en ont les dents agacées ». En général des jeunes gens vigoureux et sains engendrent des enfants vigoureux, tandis que deux personnes d'âge semblables à de vieux arbres dont bien des rameaux sont déjà desséchés, ne donnent plus que des fruits de moins belle venue.

Nous trouvons exagérée la négation de De Comby : « L'épilepsie est toujours acquise, on ne naît pas épileptique, on le devient. Un adulte sain, un enfant sain, peuvent devenir épileptiques à la suite d'une diarrhée grave, d'une simple grippe, d'une fièvre typhoïde. L'épilepsie n'est pas une névrose « sine materia », toujours l'anatomie pathologique peut contrôler l'altération que produit la cellule nerveuse. C'est un tort de considérer l'épilepsie comme un mal héréditaire ».

Sans doute des enfants nés sains peuvent devenir

épileptiques à l'occasion « d'une cause déterminante » mais la tare cellulaire favorable à l'éclosion du mal n'a-t-elle pu se produire en dehors de l'hérédité, et être le fait d'une intoxication ou d'infections générales ?

Ces théories nous serviront dans l'étude que nous devons faire. Y a-t-il des rapports entre l'épilepsie et la vie génitale de la femme ? Quels sont-ils ? Les différentes phases de la vie génitale peuvent-elles provoquer l'épilepsie ? l'aggraver ou l'améliorer ?

PREMIERE PARTIE

Etude des différentes phases de la vie génitale de la femme.

Leurs rapports avec l'épilepsie.

L'existence de la femme est marquée par deux grandes dates qui s'accompagnent de troubles importants. L'une est le début de sa vie génitale, la puberté. A elle, sont liés un renouveau, une révolution totale dans l'organisme lesquels remanient l'enfant, l'embellissent et en font la femme. L'autre, la ménopause, en est la mort. Avec elle, finit tout ce qui a pris naissance à la puberté : elle précède de peu la vieillesse.

Entre ces deux limites, évolue la « vie utérine ». Elle s'étend environ de la 15^e à la 50^e année. Nous n'allons pas recommencer l'étude de tous les troubles qui en sont l'apanage et ont été bien décrits ; mais il nous semble indispensable de les exposer ici. Nous pourrions alors montrer quels rôles ils peuvent jouer dans la production de l'épilepsie.

CHAPITRE PREMIER

La Puberté.

La puberté est, pour la jeune fille, l'époque à laquelle se développe le système pileux ; il apparaît aux aisselles et au pubis. C'est là la moindre des modifications, elle a servi cependant à donner le nom : « pubere » signifiant se couvrir de poils. En même temps, tout le corps de l'enfant qui était une vague ébauche sans sexe, une maquette grossière, se façonne ; les seins se développent, les hanches s'évasent, les traits du visage se précisent. Les angles de ce jeune corps imparfait s'arrondissent, ses formes prennent des contours harmonieux, des lignes pures, et tout l'ensemble devient grâce et beauté. « L'âge ingrat » passe. L'enfant est faite femme avec l'apparition des premières règles. « Alors dit Russel (1), tout s'anime dans la femme : les yeux, auparavant muets, acquièrent de l'éclat et de l'expression. Tout ce que la femme a de fraîcheur brille dans sa personne. Dans ce nouvel état, il résulte en elle une surabondance

(1) RUSSEL. Cité par Raciborski. La puberté, page 100.

de vie qui cherche à se répandre et à se communiquer. Elle est avertie de ce besoin par de tendres inquiétudes et par des élans qui ne sont que la voix tyrannique et douce de la volupté. Pour intéresser toute la nature à sa situation, elle semble appeler les plaisirs à son secours. Alors, tout s'empresse, tout vole au-devant de la beauté pour la servir et briguer le bonheur de recevoir ses chaînes. »

A l'ombre de ce tableau charmant, cependant, dans chaque organe, il se passe aussi des faits nouveaux, des troubles qui intéressent ou tous les appareils ou bien plus spécialement tel ou tel appareil et variant d'importance et de gravité, suivant les individus. Nous allons passer ces troubles en revue.

APPARITION DE LA PREMIÈRE MENSTRUATION. — Il convient que nous commençons par elle, puisqu'elle est la caractéristique la plus importante de la puberté et qu'elle semble intervenir dans la production des troubles. Il arrive quelquefois que cette menstruation se passe d'une façon subite et régulière ; mais souvent aussi c'est seulement après une période d'hésitation et d'irrégularité que sa menstruation arrive à ses caractères de constance et de régularité. Elle peut commencer longtemps avant l'apparition des règles, tantôt par une fluxion et de la sensibilité, tantôt par de simples poussées du côté de la muqueuse qui se traduisent par une sécrétion leucorrhéique. Les mères connaissent bien ces pertes blanches, et les considèrent à juste raison comme des phénomènes prémonitoires les avertissant que la menstruation va s'éta-

blir. Puis l'écoulement sanguin a lieu. Il dure 3 à 8 jours. Ce sont les chiffres donnés par Beau (2) comme les plus fréquents.

Que cette première menstruation soit normale ou non, les troubles qui l'accompagnent sont, en général, très marqués. C'est ainsi que l'on constate souvent des palpitations, un cœur faible et sans énergie, quelquefois des bruits systoliques, un pouls accéléré, de la dyspnée.

Il n'est pas rare que l'enfant ait alors de la diarrhée, un manque d'appétit, des vomissements, de la température ; celle-ci est tellement fréquente, qu'elle a fait dire : « *inter mille feminas vix una reperitur quæ ante primas menses non febricitat* ». Elle a aussi des crampes d'estomac fréquentes, de l'hyperchlorhydrie. Trousseau a même décrit sous ce nom de « fièvre hémorragique », des accidents fébriles, accompagnés de troubles gastriques et intestinaux pouvant simuler une fièvre typhoïde.

L'appareil urinaire est plus rarement touché : on trouve quelquefois un peu d'albumine dans les urines.

L'appareil respiratoire est aussi soumis à des troubles. C'est le moment des épistaxis qui se manifestent comme des règles supplémentaires ou dérivées. Souvent, le larynx est vivement congestionné. On a signalé des cas de spasme de la glotte, des parésies des cordes vocales, des troubles de la phonation.

Mais de tous les appareils, c'est le système nerveux qui est le plus impressionné. La puberté modifie les

(1) BEAU. Recherches statistiques.

troubles mentaux déjà existants ou bien donne naissance à des psychoses ; souvent, ces modifications sont simples. La jeune fille, jusqu'alors véritablement enfant dans ses goûts, ses penchants, ses inclinations, éprouve une complète métamorphose. Inquiète, elle ne sait à quoi attribuer les sentiments nouveaux qui l'agitent ; elle est troublée par des impressions vagues et mal définies, sujette à des explosions de gaieté auxquelles succèdent des crises de larmes. Son caractère est mobile ; elle s'abandonne à la mélancolie, est dans une sorte de langueur. Tout l'émeut et l'agite. Des sensations inconnues jusqu'alors la surprennent et éveillent la réserve et la pudeur. L'imagination devient plus vive, plus étendue ; l'attention et le goût se forment. « Ses penchants sont quelquefois pervertis, exaltés, abolis, dénaturés, ... nous n'hésitons pas à dire que la menstruation est, dans quelques circonstances, le véritable point de départ du dérangement de l'esprit (1) ».

Cet ensemble de troubles atteint presque tous les appareils. Ils se produisent chez toute jeune fille pubère. Qu'elle soit saine, robuste, née de parents sans tares, même si elle a peu été touchée par les affections habituelles à l'enfance, à ce moment de la puberté, elle est une « enfant malade ».

Faut-il s'étonner que chez des prédisposées, le système nerveux qui plus que tout autre garde la trace des affections passées, reçoive le contre-coup de cette révolution morale et physique ? Les perturbations peuvent aller jusqu'aux complications les plus redou-

(1) BRIÈRE DE BOISMONT. De la menstruation.

tables. La jeune fille peut seulement n'éprouver que de simples migraines, encore qu'elles puissent être très violentes ; mais souvent aussi apparaît, entre autres affections, celle qui nous occupe : l'épilepsie.

Les conditions les plus favorables se trouvent alors admirablement réalisées. Qu'un cerveau soit ou non prédisposé, il est à ce moment dans le parfait « état d'excitabilité de l'écorce, condition nécessaire et suffisante du phénomène convulsif (1). Et plus encore si la jeune fille est prise à ce moment, plutôt qu'à un autre, d'un accès, si l'épilepsie apparaît alors pour la première fois, c'est que ce principe nouveau, qui apparaît alors dans l'organisme, réalise à merveille les circonstances les plus favorables : « c'est que des irradiations sont venues agir puissamment... par empoisonnement chimique sur le système nerveux central (2) ».

L'organisme de l'enfant sain, normal, est le théâtre de troubles nombreux ; son système nerveux surtout est soumis à des répercussions profondes. Pourquoi ne serait-il pas logique d'admettre que ces troubles et cette répercussion ne puissent être l'occasion la plus propice à l'apparition, sinon de l'épilepsie, du moins d'un accès ? Bien plus encore chez l'enfant, que son hérédité ou ses antécédents personnels y prédisposent ?

C'est, en effet, à cette période de la puberté que l'épilepsie fait sa première apparition le plus souvent ; fréquemment même, quand on accuse la « frayeur »,

(1). P. MARIE. déjà cité.

(2). HYOCKSON. id.

c'est que l'enfant est à sa « période de formation ». Cette coïncidence a depuis longtemps frappé les observateurs.

Dans ses « Recherches statistiques », Beau donne 105 cas dus à la peur et 3 à l'installation des règles. Nous sommes tentés de croire que, si 3 cas seulement sont considérés comme relevant de la puberté, plusieurs parmi les 105 autres cas peuvent être dus à une frayeur survenue au moment des règles. Georget, cité par Féré, a remarqué que « beaucoup de femmes étaient dans la période menstruelle, lorsqu'elles avaient eu la frayeur qui les rendait épileptiques ».

D'ailleurs, dans sa statistique concernant les règles, Beau ajoute :

de la naissance à 6 ans.....	22 cas
de 6 ans à 12 ans.....	43 cas
de 12 ans à 16 ans.....	49 cas
de 16 ans à 20 ans.....	17 cas

Or, pour Brière de Boismont, la puberté dans nos climats tempérés se produit, le plus communément, de 12 à 16 ans. C'est surtout alors qu'il y a apparition simultanée des règles et des attaques épileptiques.

Nous retrouvons la même opinion formulée dans le Traité des névroses d'Axenfeld : « l'établissement de la menstruation... a pu être le point de départ de la maladie ou le signal d'accès plus fréquents.

Kreplin, dans son Traité de psychiatrie, énonce un véritable principe « à l'âge de la formation, l'épilepsie s'aggrave souvent, ou bien parfois, son diagnostic se précise... la proportion des cas d'épilepsie dans le

jeune âge est beaucoup plus forte chez les femmes que chez les hommes. Jusqu'à 20 ans, il y a moitié plus de femmes que d'hommes à devenir malades. Après 20 ans, le nombre des femmes est, à celui des hommes, comme :

1 est à 5

1 est à 6

1 est à 7,

cette différence pourrait tenir en partie à ce que chez les femmes l'époque de la puberté a une importance relativement plus considérable ».

Spartling pense que « dans de nombreux cas d'épilepsie, à début survenu entre 12 et 18 ans, il est évident que ce début est en rapport avec l'établissement de la menstruation chez la jeune fille » ; mais il ajoute que chez les sujets normaux, cette période physiologique ne peut déterminer par elle-même les convulsions épileptiques et que, dans la plupart des cas, on trouve des convulsions infantiles ou des tares héréditaires « capables de fournir l'explication pleinement satisfaisante du pourquoi du développement de la maladie ».

Lawson-Tait : « c'est à la puberté que l'épilepsie a sa plus grande fréquence, chez la jeune fille surtout », et Levi Bianchini considère que dans 1/3 des cas l'épilepsie essentielle débute chez la femme à l'âge de la puberté.

Après eux, le Docteur Rebattu (1) a apporté des

(1). REBATTU. Société Médicale des Hop. de Lyon : Epilepsie et fonction ovarienne. (Rebattu, Mollon et Sédaillan.

précisions à ce sujet. Dans son service des Hospices du Perron, où sont soignées un grand nombre de femmes épileptiques, il a observé « les rapports unissant l'épilepsie et la fonction ovarienne ». « Quelques-unes de ses malades, âgées actuellement de 60 ans, ont été observées depuis l'enfance ». Elles lui ont permis de faire à la séance du 27 juin 1922 de la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, une communication des plus intéressantes qu'il conclut par « une relation étroite entre l'épilepsie et la fonction ovarienne, relations observées dans 1/3 des cas ».

Il a eu la bienveillance de mettre ses observations à notre disposition et nous permettre de les rapporter dans notre travail. Nous les avons résumées autant qu'il nous a été possible, ne gardant que strictement ce qui se rapporte à l'épilepsie. Toutes les malades qui n'ont pas eu une épilepsie franche ont été écartées. Il n'a été tenu compte que des crises qui ont apparu au moment même de l'écoulement sanguin, soit dans les trois jours qui l'ont précédé ou suivi. Ainsi le faisait Trepsat qui disait : « l'intoxication peut se produire avant le début de la sécrétion menstruelle et elle ne cesse pas toujours en même temps que s'arrête cette sécrétion. Même chez la femme normale, on note parfois pendant les jours qui précèdent ou ceux qui suivent l'écoulement une certaine irritabilité et des courbatures qui sont l'indice d'un empoisonnement de l'organisme ». En effet, avant qu'apparaissent les produits excrétés, la sécrétion a commencé au sein de l'organe.

OBSERVATIONS

Epilepsie et Puberté.

Obs. 1. — La malade a 46 ans. Elle présente des crises d'épilepsie essentielle qui ont débuté à l'âge de 13 ans, avec les premières règles. Par là suite, les crises et les règles n'ont plus eu de rapports.

Pas d'antécédents directs. Elle est sœur de 7 enfants non épileptiques. On ne relève rien dans la descendance, ni syphilis, ni tuberculose, ni éthylisme.

Aucune affection de l'enfance, pas de convulsions.

Sa taille est moyenne.

Rien à noter au corps thyroïde. Pigmentation nulle.

Elle présente un déficit intellectuel assez prononcé.

Obs. 2. — Les crises d'épilepsie ont débuté à 14 ans avec les premières règles. Depuis, les crises coïncident avec les menstrues.

Syphilis héréditaire. Hémiplegie cérébrale infantile, hémia-
thétose survenue à 9 mois; à la suite d'une encéphalite.

Ictère. Onanisme.

Père choréique. Un frère et une sœur n'ont pas eu de crises. Elle a eu une fausse-couche et deux enfants morts en bas âge.

Corps thyroïde et pigmentation ne présentent rien à signaler.

Obs. 3. — Claire Ch..., 21 ans.

L'épilepsie a débuté à 21 ans avec les premières règles.

Tous les mois les crises se reproduisent avec les règles.

Mère épileptique. Père alcoolique.

Onanisme. Déficit intellectuel.

Thyroïde : 0.

Obs. 4. — Marie H..., 50 ans.

Epilepsie essentielle débute à 15 ans avec les premières règles.

Crises menstruelles sans rapports avec les règles. Pas de vertiges.

Père épileptique. Tremblement.

La ménopause a lieu à 3 ans et ne produit aucune influence sur les crises. Corps thyroïde un peu gros.

Obs. 5. — Françoise D...

Epilepsie essentielle débute à 16 ans et demi avec les règles.

Les crises sont mensuelles. Les vertiges peu fréquents.

Mère morte aveugle. Père mort d'hémorragie cérébrale.

Irrégularité des règles : elles cessent ainsi que les crises pendant 3 ans, puis elles s'installent régulièrement.

La ménopause est sans action sur les crises.

Pas de déficit intellectuel. Asymétrie faciale. Hyperthyroïdie légère.

Obs. 6. — Marie C..., 35 ans.

Epilepsie essentielle a débuté à 14 ans au moment de l'installation des règles. Vertiges quotidiens. Les crises ont lieu avec aura, surtout après les vertiges. Phénomènes d'addition.

Aucuns antécédents héréditaires ou collatéraux.

Fièvre muqueuse à 3 ans.

Les crises sont hebdomadaires et les règles régulières : aucuns rapports entre elles.

Corps thyroïde : tremblement des mains.

Obs. 7. — Marie M...

Crises épileptiques débutent à 14 ans avant les règles. Elles sont précédées d'aura dans le bras droit.

Les crises sont mensuelles et coïncident avec les règles.

Antécédents : paralysie infantile avec atrophie du côté droit. Ménopause à 50 ans : les crises sont peu fréquentes depuis.

Obs. 8. — Louise Hu..., 93 ans.

La première crise débute à 15 ans, à la puberté. Elles se reproduisent surtout au moment des règles et disparaissent à 21 ans pour être remplacées par des migraines jusqu'à 45 ans : nouvelle crise, puis interruption de 4 ans. A 49 ans, les crises se reproduisent tous les 15 jours, extrêmement violentes. La malade meurt au cours d'une crise. A l'autopsie, l'examen viscéral ne donne aucun résultat.

Antécédents : père alcoolique mort à 69 ans.

Obs. 9. — G..., 21 ans.

Les crises débutent à 14 ans avec les premières règles. Elles se reproduisent toutes les 3 semaines.

Antécédents : père et mère morts jeunes.

Un frère et une sœur non épileptiques.

Enfance misérable, fièvre typhoïde, intelligence médiocre, air hébété, surdité, 2 sommets submats. Incisives striées. W. négatif.

Obs. 10. — Clotilde H..., 31 ans.

Les crises débutent à 10 ans, le jour de l'apparition des premières règles.

Elles sont plus fréquentes pendant les règles. Malade très nerveuse. Pas d'antécédents. Ses règles sont irrégulières.

Obs. 11. — Eugénie M...

Réglée à 14 ans. Début des crises au moment de l'apparition des premières règles.

Quinze frères et sœurs morts de cause inconnue. Une sœur vivante. Hémiplégie droite infantile. Hémiathétose.

Obs. 12. — Marthe R...

Antécédents héréditaires : père et mère tuberculeux, père alcoolique. Réglée à 15 ans : les règles interrompent pen-

dant 3 ans les crises d'épilepsie qui avaient commencé depuis l'âge de 11 ans. Onanisme.

Obs. 13. — Marguerite G...

Malade sans antécédents héréditaires ni collatéraux. Affections multiples dans l'enfance (rougeole, scarlatine, chorée). Épilepsie débute à 2 ans, après convulsions. La chorée influence favorablement les crises (diminution).

Réglée à 18 ans. Il y a diminution des crises à ce moment, mais les crises se reproduisent au moment des règles.

Obs. 15. — Denise M... 54 ans : puberté ramène les crises (Voir observation : évolution des règles).

Obs. 43. — Claudine C..., 50 ans. Crises plus fréquentes à puberté (Voir observation ménopause).

Chez 11 malades, la première crise d'épilepsie apparaît au cours de la première période menstruelle; même chez l'une d'elles, nous sommes assez heureux pour voir la première crise éclater le premier jour des règles.

Chez Denise M..., obs. 15 (1), la puberté ramène les crises qui avaient disparu depuis 5 ans.

Chez Claudine C..., obs. 43 (2), l'épilepsie qui existait antérieurement à la puberté reçoit, à ce moment, un coup de fouet et les crises sont plus fréquentes.

Il paraît vraisemblable, d'après ces observations, qu'il existe des rapports certains entre l'épilepsie et la puberté. Nous ne discuterons pas la nature de ces rapports maintenant ; qu'ils se bornent seulement à

(1) Obs 15.- Épilepsie et évolution des règles. V. p.

(2) Épilepsie et Ménopause. V. p.

être, non des rapports de cause à effet, mais des rapports déterminants, de déclenchement des crises, ils n'en existent pas moins. Peut-être dira-t-on que 13 observations sont un nombre bien pauvre quand il s'agit d'une affection dont les victimes sont aussi nombreuses que l'épilepsie ? qu'elles sont insuffisantes pour établir une pareille relation ? Cependant, malgré toute notre sévérité, dans le choix de nos observations, celles que nous avons conservées, en vue d'établir ces liens intimes qui réunissent l'épilepsie à la puberté, représentent le $\frac{1}{3}$ de toutes nos observations de malades, chez lesquelles l'épilepsie est influencée par la vie génitale et $\frac{1}{5}$ ^e de toutes les malades soignées pour épilepsie.

Nous avons été surpris de n'avoir pas rencontré, au cours de nos lectures, plus d'observations à ce sujet. Nous avons dit que Beau en cite trois cas dans ses « Recherches statistiques ». Brière de Boismont se contente de relater ces trois mêmes cas. Nous n'en avons pas trouvé dans Raciborski. Le Breton (3), dans sa thèse, ne rapporte que 4 observations. Dans la première, il accepte « le premier vertige qui apparaît au moment de la première période menstruelle », la première crise se produisant plusieurs années après. La deuxième est d'une coïncidence frappante : « malade réglée pour la première fois à 13 ans, le deuxième jour de l'apparition des règles ; elle a sa première crise comitiale attribuée, par ses parents, à

(1) LE BRETON.- Epilepsie et menstruation.

la peur. Dans la 3^e observation, l'épilepsie débute huit jours après. Dans la 4^e, trois mois avant.

Dans la thèse de Georgopoulos (1) sur « l'Étiologie de l'épilepsie », nous relevons seulement deux observations « de première crises au moment de l'apparition des premières règles : LXIV, p. 83 ; XCVIII, p. 90.

Quoique cette coïncidence des premières crises et des premières règles ait été notée depuis longtemps, il ne nous semble pas qu'elle « soit trop commune, qu'ainsi elle ne mérite plus assez d'attention pour qu'on la retienne », surtout si l'on ne se contente pas des crises qui se produisent autour de la puberté, dans l'année ou dans les mois qui précèdent les premières règles.

Dans les 13 observations du Docteur Rebattu (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 43), il est à remarquer que la première, la sixième et la dixième, ne présentent absolument aucuns antécédents héréditaires ou collatéraux ; chez toutes les autres malades, les parents ont eu des maladies nerveuses ou infectieuses, ou ont été alcooliques. Elles mêmes ont eu les affections communes à l'enfance. Tout cela n'enlève rien à la valeur des liens que nos observations établissent entre la puberté et l'apparition des crises épileptiques.

Après ces observations qui nous semblent parfaitement concluantes, nous croyons devoir donner les observations 12 et 13 ; nous ne pensons pas qu'elles permettent d'infirmer ce nous venons d'énoncer ci-

(1) GEORGOPoulos. Étiologie de l'épilepsie. Thèse de Lyon 1917-1918, p. 82-90.

dessus. Chez Marthe R..., les crises sont interrompues par les premières règles. Chez Marguerite G..., les crises diminuent à ce moment. Chez aucune d'elles, la puberté n'a guéri l'épilepsie ; chez l'autre, la chorée déjà « influençait favorablement » et les crises revenaient à chaque période cataméniale. En clinique, « rien n'est absolu » et si une même cause semble produire des effets contraires, il se peut que chez ces malades l'émonctoire nouveau mis au service de l'organisme, ait servi à le débarrasser de principes nuisibles à son bon fonctionnement.

Nous n'allons pas pour deux cas d'amélioration partielle, nier avec Esquirol (1) l'influence de la puberté sur l'épilepsie ; ni admettre avec Friedmann (2) « l'influence favorable de la menstruation ». Nous ne dirons même pas avec Toulouse et Marchand « que l'établissement des règles peut faire disparaître l'épilepsie, ou au contraire l'aggraver », nous pensions surtout qu'il l'aggrave et au moins six fois plus qu'il ne la diminue.

(1)-(2) Esquirol Friedmann, cités par Francillon.

CHAPITRE II

Epilepsie et Evolution des règles.

Menstruation normale.

La puberté passe. Les règles sont établies. Le sang menstruel « s'est frayé la route qu'il doit parcourir pendant la période de vie utérine ». Il réapparaît en général, d'une façon régulière, tous les 28 ou 30 jours. Cette intermittence a fait dire au poète :

« La femme, enfant malade et 12 fois impure (1) »

Mais en plus de cette périodicité, renouvelée chaque mois, chaque apparition des règles s'accompagne d'un ensemble de troubles, qui présentent avec ceux de la puberté, la plus parfaite analogie.

Avant l'écoulement sanguin, les organes génitaux sont congestionnés et ils laissent sourdre un léger suintement muqueux. Le ventre est ballonné, douloureux.

Dans tout l'organisme, il se fait une vive réaction qui s'amende peu à peu au fur et à mesure que se produit l'écoulement sanguin caractéristique des menstrues; une excitabilité particulière, des désirs sexuels;

(1) Alfred de Vigny.

le pouls s'accélère, le cœur bat plus rapidement et la température s'élève, « la fièvre menstruelle est la règle commune ». Les femmes souffrent alors de dyspnée, de névralgies; c'est le moment de « leur migraine »; elles éprouvent un malaise indéfinissable, une tristesse inexplicable; une lassitude sans cesse les envahit. Elles s'étonnent elles-mêmes d'être lasses sans avoir rien fait. Elles ont la figure « tirée », un cercle de bistre encadre et agrandit leurs yeux où brille un éclat de fièvre. Ils ont une expression plus passionnée, plus tendre : « l'œil humide » des poètes s'applique bien à la période menstruelle.

Nous laisserons mille autres symptômes pour nous occuper un peu plus de ce qui se passe du côté du système nerveux. Chacun a pu remarquer dans son entourage l'impressionnabilité des femmes au moment de leurs règles. Beaucoup d'entre elles sont alors plus affectueuses, d'autres plus portées à la mélancolie ou plus disposées à s'attendrir pour la moindre cause; d'autres plus irritables et sortent pour le plus léger motif de leur caractère ordinairement doux. Nous avons trouvé, dans le Traité de Brière de Boimont, sur la menstruation, une observation intéressante. Il s'agit d'une jeune fille de 25 ans, « pendant cette période, dit-il, son humeur change entièrement; cette jeune fille, dont la physionomie annonce la douceur, devient méchante; la moindre contrariété l'irrite; une objection la rend furieuse. Quand elle est dans la campagne, seule avec son troupeau, elle décharge sa colère sur les animaux qui le composent, les injurie, les frappe, et n'est satisfaite que lorsqu'elle les

voit fuir ou qu'ils font entendre des gémissements. »

Et Raciborski, d'autre part, dit : « Il y a des femmes chez lesquelles la sensibilité ovarique s'exalte à chaque époque menstruelle; coliques nerveuses violentes, avec mouvements convulsifs et cris de douleur. Au lieu de se concentrer sur la sensibilité du plexus nerveux du bassin, la surexcitation menstruelle retentit d'autres fois sympathiquement sur les idées, ou même sur la locomotion et provoque l'épilepsie. »

Nous croyons pouvoir rapporter sans nous égarer dans une trop longue digression, cette page extraite d'un journal de Gynécologie, intitulée : « A propos des règles, confidences d'une femme ». Elle rassemble la plupart des symptômes nerveux de la menstruation et ont été exprimés par une femme : « Les règles sont à leur début un peu d'humidité, le lendemain un suintement muqueux, le surlendemain légère teinte rosée sanguinolente; et pendant les trois jours d'invasion des modifications de la plus haute importance se passent dans l'organisme. Pendant ce début, surgit un état nerveux spécial, vague, inquiet, indéfinissable; une sorte de tristesse sans motif, de besoin sans but précis, envahit l'être, le domine, le subjuge, l'absorbe. Les fêtes, les réunions, les bals, le théâtre, tout plaisir où l'on se trouve plus de deux, devient fastidieux à ce moment.

Ce besoin indécis, cette sensation spéciale de manque, cet inconnu qui nous attire, ce nuage qui nous appelle à lui en nous voilant la vérité, c'est le désir sexuel. Vague dans son aspiration, le désir devient vif, intense, précis au moment de sa réalisation.

Le désir assouvi, le calme renaît, la nature remplit son but. Voilà bien cette période de rut si intense chez les animaux, plus ou moins masquée chez la femme par le voile et la gêne de la civilisation.

Toutes les cordes de la femme vibrent à ce moment. Les seins sont saillants, tendus, la moindre pression à leur extrémité met l'individu hors de lui-même.

Du côté des organes génitaux, de même qu'aux seins, il existe une congestion intense. L'appareil génital est en fête. C'est le moment de l'unisson des deux sexes. La nature y convie l'époux. Mais il n'y a pas de fête sans lendemain, le quatrième jour, la scène change complètement.

Un écoulement sanguin, abondant, gênant, vient décongestionner l'appareil génital et toute l'économie; toutes les cordes de la femme se distendent. L'appétit sexuel disparaît. Au désir, à l'appétence de la première période, fait place l'indifférence, ordinairement même le dégoût. Le rut est fini, bien fini, l'être devient abattu, malade, refroidi. »

Menstruation et épilepsie

Quelle est l'influence des règles sur les maladies et surtout sur l'épilepsie ? Si nous étudions la menstruation chez une femme malade, au lieu de l'envisager comme nous venons de le faire chez une femme normale, quels effets constaterions-nous ?

Si un organe est atteint, en général, l'affection reçoit un coup de fouet. Si la femme est tuberculeuse, ce sera le moment des hémoptysies.

Souffre-t-elle d'un ulcère de l'estomac ? Elle pro-

duira des hémathémèses abondantes. C'est le moment choisi pour les poussées aiguës des affections chroniques. Et l'on comprend les anciens auteurs qui voulaient que la femme ne fût qu'un utérus, qu'elle n'existât que par lui.

Propter uterum mulier tota morbus est.

Pour exagérée que soit cette opinion, il ne reste pas moins vrai que le rôle de l'utérus dans l'organisme de la femme est un des plus importants et le retentissement de son action sur les autres organes au point de vue pathologique est considérable. A chaque période menstruelle, nous retrouvons le même cortège de troubles que nous avons relevé à la puberté. Chez la plupart il y a des céphalées, des malaises; mais chez les dégénérées les désordres sont plus graves. Pour l'épilepsie, comme au moment de la puberté, c'est l'occasion favorable pour les accès.

Chaque mois, pendant cette période de 3 à 8 jours, le système nerveux est dans un état d'irritabilité intense, favorable à la production des accès.

Cette irritabilité n'est pas toujours suffisante pour donner naissance à l'épilepsie, peut-être est-ce que l'organisme de la femme adulte offre une plus grande résistance; mais quand l'affection évolue, qu'elle ait débuté avant, au moment ou après la puberté, qu'elle soit attribuée à une frayeur, à une infection ou une intoxication, ou à quelque autre cause, la période cataméniale est en général le moment où les accès se reproduisent le plus fréquemment.

« Il semble, disent MM. Toulouse et Marchand (1), que les règles jouent le rôle de collecteur des accès au détriment des autres jours du mois ».

Quelquefois elles en augmentent aussi l'intensité, ce n'est cependant pas toujours la règle et il arrive assez souvent que l'épilepsie évolue pour son propre compte, absolument indépendante de l'évolution des règles. Elle n'est nullement impressionnée chez certaines malades par leurs menstrues. Nous verrons que cette catégorie ne forme pas la proportion la plus grande.

Il nous faudrait nommer ici les mêmes auteurs que nous avons déjà cités dans le chapitre précédent. En étudiant les troubles apparus à la puberté, ils les ont suivis au cours de l'évolution des règles et ont remarqué les mêmes relations entre les crises et les règles.

Beau (2) signale en 1836 « qu'à l'époque des menstrues les attaques apparaissaient chez les femmes épileptiques, avec plus de fréquence ». Pour Brière de Boismont (3) « il y aurait plus fréquemment apparition des règles et des attaques épileptiques; une fois les règles bien établies, les attaques continuent et se reproduisent de préférence au moment des époques ».

Féré, Voisin, Gélineau, Axenfeld ont noté la fréquence des accès au moment des règles. Nous avons

(1) Toulouse et Marchand (Revue Neurologique 1913), Société de Biologie 1899.

(2) Beau (déjà cité).

(3) Brière de Boismont (déjà cité).

rapporté un peu plus haut ce que pensait Raciborski.

Flaviero cite une épileptique « réglée abondamment, mais irrégulièrement pendant toute la période d'activité génitale, chez laquelle les accès apparaissaient périodiquement et en même temps que les menstrues, et dont la guérison survint à la ménopause ».

Hugh Davidson, Gordon, Parhon ont relaté ces mêmes faits. Trepsat, dans ses « recherches cliniques », dans un article publié dans l'*Encéphale*, de 1908 : Épilepsie et menstruation plaide en faveur des rapports unissant l'épilepsie et la fonction génitale chez la femme.

Levi Bianchini pense que la menstruation agit d'une façon défavorable sur les attaques, en augmentant leur nombre et leur gravité; en effet, les attaques sont quatre fois plus nombreuses au moment des règles que dans leur intervalle, et le plus souvent, chez ces malades, les règles sont plus irrégulières et difficiles ».

Le Docteur Rebattu a observé dans son service un très grand nombre de malades, chez lesquelles les crises coïncidaient avec les règles. Nous relatons ses observations.

*Observations des malades chez lesquelles les crises
présentent des rapports avec les règles*

Obs. 14. — C... J., 61 ans. — L'épilepsie a débuté à l'âge de 8 ans. Cette malade a eu du rhumatisme articulaire aigu avec fièvre en 1900.

Première crise à 8 ans à la suite d'une frayeur.

Les antécédents héréditaires peuvent faire penser à une syphilis héréditaire.

Sa mère a eu 8 enfants, Ses 3 frères n'ont pas eu de crises.

Elle a eu 3 enfants morts en bas âge. Une fausse-couche.

Réglée à 13 ans et demi. Ses règles sont irrégulières et douloureuses.

Au moment où elles se produisent, il y a une recrudescence des crises.

Les crises cessent deux ans avant la ménopause qui a lieu à 67 ans.

Obs. 15. — Denise M..., 54 ans.

Pas de renseignements sur l'hérédité. Un frère et une sœur non épileptiques.

Dans son enfance, elle a présenté des manifestations scrofulieuses. Coxalgie suppurée à 5 ans. Première crise à 9 ans. Deuxième crise à 14 ans au moment de la puberté: les règles ramènent les crises et coïncident avec elles.

La dernière crise a lieu en 1915, un an avant la ménopause.

Obs. 16. — Mathilde P..., 52 ans.

Epilepsie essentielle ayant débuté à l'âge de 20 ans.

Pas d'antécédents héréditaires ou collatéraux.

Réglée régulièrement depuis l'âge de 10 ans, jusqu'à 40 ans, après une interruption de 2 ans. Cette malade a perdu la mémoire depuis quelques années.

Les crises coïncident avec l'apparition des règles.

Obs. 17. — Jeanne N..., 24 ans.

Cette malade ne présente aucuns antécédents héréditaires. L'épilepsie a débuté chez elle à l'âge de 14 ans. Les crises mensuelles au début, sont devenues hebdomadaires, elle n'a pas de vertiges, mais ses crises sont fréquentes, surtout au moment des règles, elle présente même l'état de mal dans la période cataméniale.

Réglée à 14 ans, ses règles sont irrégulières.

Obs. 18. — Antoinette D..., 44 ans.

Pas d'antécédents héréditaires. Elle a 3 frères non épilep-

tiques. Malade atteinte « d'épilepsie essentielle », dont le début ne peut être précisé.

Les crises reviennent au moment des règles.

Ménopause à l'âge de 49 ans, il y a cessation complète des crises depuis, sans équivalents épileptiques.

Déficit intellectuel.

Obs. 19. — Célestine J...

Réglée à 10 ans et demi.

Première crise à l'âge de 29 ans à la suite d'une frayeur; elle porte des cicatrices de blessures faites dans ses chutes, des morsures de la langue.

Pendant longtemps, les crises comitiales ont coïncidé avec les règles.

Obs. 20. — Clotilde R..., 32 ans.

Réglée à 12 ans.

Première crise à 7 ans.

Ces crises ont lieu toutes les 3 semaines, coïncidant avec les règles, accès de petit mal.

Obs. 21. — Félicie F..., 48 ans.

Réglée régulièrement de 15 à 20 ans. Irrégulièrement depuis. La première crise a lieu à 20 ans et coïncide ensuite avec les règles.

Perte de la mémoire au début des crises.

Obs. 22. — 35 ans.

Epilepsie essentielle a débuté à l'âge de 11 ans et demi en dehors d'une période menstruelle.

Les crises cessent de 13 à 17 ans, puis elles reparaissent, rares, 6 par an, pas de vertiges.

Les crises reviennent actuellement au moment des règles.

Obs. 23. — Marie D..., 32 ans.

Aucune précision sur les antécédents. Réglée à 12 ans et demi. Les crises débutent à 26 ans. Elles sont typiques, fréquentes, mais surtout au montant des règles.

De plus, elle est sujette aux vertiges et aux accès de colère.

Obs. 25. — Germaine C...

Epilepsie avec grandes crises fréquentes, les vertiges sont quotidiens et la malade reste un peu obnubilée pendant les intervalles entre les crises.

L'affection a débuté à 3 ans.

Les règles, qui sont irrégulières ont débuté à 14 ans.

Les crises sont plus fréquentes aux périodes menstruelles.

Obs. 26. — Clodilde V..., 37 ans.

Réglée à l'âge de 14 ans.

La première crise d'épilepsie a lieu à 16 ans.

Elles surviennent toutes les trois semaines et coïncident avec les règles.

Obs. 27. — Veuve D..., 44 ans.

Réglée à 15 ans irrégulièrement. L'épilepsie débute à 30 ans après une grossesse. Les crises se produisent en même temps que les périodes menstruelles.

Obs. 28. — Marie R..., 43 ans.

L'épilepsie a débuté sans cause déterminée à 14 ans. Les crises sont en rapport avec les règles, beaucoup plus fréquentes à ce moment.

Obs. 29. — Marguerite R...

Antécédents collatéraux chargés Gros déficit intellectuel. Réglée à 14 ans régulièrement. Début des crises à 28 ans, à la suite de frayeur. Les crises coïncident avec les règles.

La ménopause a une influence légère sur les crises qui deviennent moins fréquentes.

Obs. 30. — Philippine M..., 54 ans.

Antécédents : sœur de 9 enfants, dont 8 sont morts en bas-âge, 1 père envoyé au bagne pour meurtre. Rachitique. Réglée à 14 ans. Epilepsie essentielle à 19 ans, dans une crise menstruelle.

Obs. 31. — Observation prise en 1919, à son entrée au Per-ron.

Malade dont le père est mort à 78 ans; la mère à 60. 3 frères bien portants.

Ethylisme personnel probable (tenait un café).

Il y a deux ans, elle reçut une balle de revolver qui suit la scissure du Sylvius, opérée d'urgence à l'Hôtel-Dieu. Sort de l'hôpital au bout de trois mois avec : hémiplegie totale droite. Paralyse faciale. Aphasie complète. Aménorrhée.

Cinq mois après le traumatisme, débutent les crises, avec aura psychique, généralisées et suivies de coma. Accès vertigineux de plus en plus intenses.

Actuellement (juillet 1922), elle a : hémiplegie droite, avec contracture. Hémianopsie latérale homonyme. Aphasie motrice et cécité verbale. Le retour des règles a eu lieu depuis six mois. Les crises sont moins intenses que pendant l'aménorrhée, mais elles reviennent à peu près à chaque période menstruelle.

Obs. 32. — Odile K...

Les premières règles ont lieu à 17 ans. Trois mois après, au cours d'une menstrue, début des crises.

Obs. 33. — Louise E..., 32 ans.

Antécédents probables du père et de la mère. Régulée à 15 ans. Epilepsie tardive, débute à 25 ans, les crises surviennent dans les jours qui précèdent les règles.

Obs. 34. — Laure N..., 43 ans.

Père alcoolique, mort cardiaque. Mère et sœurs non épileptiques. A 6 ans, une frayeur, et le lendemain éclate la première crise. Etat de mal jusqu'à 23 ans, par série, un peu avant les règles.

Obs. 2, 3, 7, 8, 10, 13, voir observations de puberté et épilepsie.

Ces observations s'élèvent au nombre de 26. Toutes présentent des relations entre les crises et les règles.

Nous donnerons quelques chiffres qui montreront les faits avec plus de clarté.

Malades chez lesquelles les crises sont liées aux règles : 26.

Malades chez lesquelles les crises sont sans rapport avec les règles mais ayant débuté à la puberté 6 (Obs. 1, 4, 5, 6, 9, 11).

Malades chez lesquelles les crises sont toujours restées étrangères à la menstruation : 18.

Ainsi nous avons un plus grand nombre de malades chez lesquelles les crises sont en rapport avec les règles. Parmi celles-ci :

Chez deux malades (Obs. 30 et 32), l'épilepsie débute au cours d'une menstrue.

Chez 7 malades (Obs. 8, 10, 14, 17, 24, 25, 28), il y a recrudescence des crises au moment des menstrues.

Chez 17 malades (Obs. 2, 3, 7, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 26, 27, 29, 31, 33, 34), les crises coïncident avec les menstrues.

Nous pourrions, après ces chiffres qui sont assez éloquents et montrent combien il est fréquent de constater des crises qui présentent des liens étroits avec les règles, nous en tenir à la simple relation de ces observations. La proportion est trop grande, même pour une affection aussi fréquente que l'épilepsie, soit la moitié des cas chez lesquels la menstruation provoque au moins la crise, si elle ne crée pas l'épilepsie. Comme à la puberté, chaque période menstruelle est une occasion favorable pour l'éclatement des crises.

L'observation 31 mérite un examen particulier. Il s'agit d'une épilepsie traumatique dont les crises sur-

viennent aux périodes menstruelles.

La malade ne présente aucun antécédent héréditaire ou personnel. Elle est accusée d'éthylisme parce qu'elle tenait un café. Cinq mois après, une blessure par une balle de revolver dans la région sylvienne; cette blessure est suivie d'aménorrhée; début d'épilepsie. Deux ans après, les règles réapparaissent, mais alors les crises, quoique moins fréquentes que pendant l'aménorrhée, se reproduisent surtout au moment des règles.

Cette observation est d'une interprétation difficile. Il ne s'agit pas d'une épilepsie jacksonnienne, mais d'une épilepsie franchement généralisée, suivie de coma, le rôle étiologique du traumatisme ne semble pas douteux. Mais à quoi attribuer l'aménorrhée qui a duré près de deux ans ? Est-elle une des causes de l'épilepsie, dont les crises deviennent moins fréquentes à la réapparition des règles ? Il nous semble logique de supposer que cette épilepsie n'est pas étrangère à la fonction ovarienne, puisque les crises reviennent au moment des règles ? Si la menstruation est un mode d'élimination des produits toxiques, chez la femme, il est possible que, cette fonction étant suspendue, l'organisme soit sujet à des crises d'épilepsie. En outre, la coïncidence des crises et des règles pourrait s'expliquer : ce cerveau touché par le traumatisme réagit d'une façon plus intense au moment de la menstruation et les crises éclatent alors de préférence.

Il est donc évident, d'après les nombreuses observations de M. Rebattu, que nous avons dû résumer

très brièvement, que dans un grand nombre de cas, les crises épileptiques sont liées aux règles, au cours de l'évolution de la vie utérine, depuis la puberté jusqu'à la ménopause; mais comme dans un nombre presque aussi grand, crises et règles n'affectent aucun rapport, nous ne pouvons voir dans les règles une cause de l'épilepsie; peut-être « déclanchent-elles » les accès ou augment-elles seulement leur fréquence et leur intensité !

CHAPITRE III

Epilepsie et Grossesse.

La grossesse est « l'état physiologique de la femme pendant le développement du produit de fécondation ».

Elle s'accompagne de troubles nombreux dans tout l'organisme et pendant les neuf mois qu'elle dure.

Tous les organes sont touchés plus ou moins, suivant la résistance qu'ils peuvent offrir. Nous n'énumérerons pas tous ces troubles, ce serait nous entraîner dans l'étude d'une physiologie pathologique excessivement longue; nous nous contenterons d'examiner la répercussion de la grossesse sur le cerveau et sur sa pathologie, en particulier sur l'épilepsie.

Dans les grossesses normales, chez des femmes saines, les troubles sympathiques et nerveux sont très fréquents, presque constants. Ils consistent en nausées, vomissements, dans le dégoût pour certains aliments, et dans la recherche de mets bizarres : on dit alors que la femme a des « envies ». Souvent ses goûts sont pervers, changeants. Le caractère est mo-

difié, la femme s'irrite pour des motifs futiles, très sensible, elle pleure avec une grande facilité, elle est sujette à la mélancolie; enfin tous ces troubles sont quelque peu semblables à ceux qui se produisent au cours des règles.

Chez les femmes atteintes d'une affection nerveuse, la grossesse a une influence des plus variables : tantôt elle les atténue : « *Graviditas solvit spasmos* », dit Hippocrate. Tantôt, au contraire, elle les exagère ou même les fait naître. Ces femmes peuvent être alors atteintes de folie : depuis les anodines perversions du goût, jusqu'à la manie du vol, l'excitation maniaque et la mélancolie. Les hystériques voient souvent leur état s'aggraver, mais souvent il est atténué. La chorée peut éclater au cours d'une grossesse ; celle-ci peut faire réapparaître une chorée qui semblait guérie.

Arrivons enfin à l'épilepsie. Quelle peut-être l'influence de la grossesse sur cette affection ? Augmente-t-elle les crises ou les suspend-elle ? Si l'épilepsie est provoquée par un toxique provenant de la sécrétion ovarienne, celle-ci étant tarie pendant la grossesse, l'affection ne doit-elle pas être suspendue ? Mais si la menstruation est un émonctoire, qu'elle débarrasse l'organisme de produits toxiques ? Cette tumeur volumineuse constituée par l'œuf ne se développe-t-elle pas dans une cavité où se ramifie à l'infini un très riche réseau nerveux, ne pourrait-il être le point de départ électif des épilepsies réflexes ?

Les avis sont partagés.

Pour certains auteurs, la grossesse est favorable et

diminue ou suspend les crises, pour d'autres elle reste sans influence ou même elle aggrave l'affection.

Pernel, cité par Tissot, « avait vu plusieurs femmes qui étaient sujettes à l'épilepsie toutes les fois qu'elles étaient enceintes et qui en étaient absolument guéries dès qu'elles avaient accouché ». Schenkius rapporte le cas d'une femme illustre et très féconde qui, dans toutes ses grossesses, était sujette à de violentes crises d'épilepsie, dans lesquelles il l'avait souvent soignée, mais que la plus légère cause rappelait, et qui lui avaient souvent procuré des fausses-couches, dans la plupart desquelles les enfants étaient morts.

L'on a vu, dans plusieurs recueils, que la duchesse de Beaufort, qui était enceinte, ayant eu un premier accès d'épilepsie dont elle revint, en prit bientôt après, au moment où elle écrivait à Henri IV, un second dans lequel elle mourut.

D'autre part, Tissot cite « une femme qui, sujette à des accès qui ne lui laissaient pas plus de deux mois de libre, n'en a eu qu'un très léger pendant toute sa grossesse ; ils ne sont revenus avec au moins autant de fréquence qu'après la couche. » Il en a vu une autre qui « n'en avait point eu pendant la même époque, mais ils sont revenus trois mois après aussi forts et peut-être plus fréquents. »

Axenfeld que nous avons déjà cité pense aussi à une action diverse : « Si les accès d'épilepsie peuvent être suspendus par une grossesse intercurrente, il est des cas, au contraire, où l'état grévide devient la cause d'accès beaucoup plus nombreux et où la plus légère excitation venue de l'utérus peut-être le point

de départ des crises ; c'est ainsi que Terrillon a cité le cas d'une femme atteinte d'épilepsie héréditaire ayant débuté à l'âge de 7 ans et qui à partir du début de la menstruation vit ses attaques convulsives revenir régulièrement et périodiquement tous les mois, deux ou trois jours avant l'écoulement menstruel. Deux grossesses survinrent à plusieurs années d'intervalle et eurent pour effet d'augmenter considérablement le nombre des accès qui se répétaient plusieurs fois dans la journée, pour ne se montrer ensuite que tous les mois après l'accouchement. »

Nous lisons, dans la thèse de M. Waldmann : « Il est de notoriété courante que les épileptiques voient leurs attaques diminuer de fréquence dans les derniers temps de leur grossesse, pour reprendre progressivement. » Rien n'est moins prouvé.

Nous donnons les quelques observations que nous avons pu recueillir. Elles sont peu nombreuses et on le comprend : les épileptiques se marient peu, et mariées, elles ne deviennent pas souvent mères ; leur mal même est un obstacle à la bonne évolution d'une grossesse.

OBSERVATIONS

Obs. 27. — Voir épilepsie et menstruation, page 53.

Obs. 35. — Emma R..., 31 ans.

Réglée à 19 ans, après une petite apparition des règles à 14 ans. Ses règles étaient irrégulières. A l'âge de 23 ans, survient une grossesse.

La première crise a eu lieu à 15 ans, à la suite d'une émo-

tion. Après cette première crise, il y a une interruption de sept années.

A 23 ans, après la grossesse, les crises réapparaissent.

Obs. 36. — Eugénie M..., guimprière, 18 ans.

Observation due à l'obligeance de M. Rhenter.

Premières règles à 11 ans. Dernières règles le 10 septembre 1911. Accouchement, le 13 juin.

Syphilis niée, non reconnue. Eclampsie, léger disque d'albumine jusqu'au cinquième mois.

Antécédents héréditaires. Mère morte à 45 ans d'érysipèle. Père gros éthylique.

Antécédents personnels : bronchite à deux ans.

Vers 3 à 5 ans, la malade, pour des motifs futiles, tels que coups de règle sur les doigts, était prise de crises nerveuses se manifestant par perte de connaissance subite, chute et morsure de la langue. Une demi-heure après, elle revenait entièrement, sans conserver aucune malaise. Elle a assez de difficultés à étudier, a un manque de mémoire manifeste.

Jusqu'à sa grossesse, elle a une bonne santé; les règles cessent, aussitôt, elle devient plus nerveuse, pleure facilement, est sujette à des accès de neurasthénie.

Très constipée, bon appétit, jamais de céphalée, la grossesse évolue sans troubles.

Le 28 mars 1911, à 8 heures et demie du soir, la malade, à la suite de quelques ennuis, se sent prise d'un malaise, elle a le temps de se placer sur une chaise et perd connaissance.

Une heure après, elle revient subitement.

A la Charité, elle est prise subitement d'une crise avec perte de connaissance et chute, qui dure un quart d'heure. Il n'y a ni mouvements cloniques, ni coma.

Le 30 avril 1911, pendant la nuit, la malade dort tranquillement jusqu'à une heure et demie. A ce moment, elle est prise d'une crise qui dure quinze minutes, accompagnée de convulsions cloniques, puis toniques manifestes. On est obligé de la maintenir dans son lit et de l'empêcher de se mordre

la langue. A 10 heures du matin, la face est congestionnée, la parole lente et traînante.

Le 6 mai, quarante-huit heures de crises manifestes; la malade voit tout à l'envers, elle veut se jeter par la fenêtre. On lui met la camisole de force. Brusquement, les crises cessent pendant le jour.

MÊME MALADE. — Deuxième accouchement.

Dans la deuxième grossesse, les crises n'ont pas cessé. Elles reviennent chaque mois. Une augmentation d'intensité aurait été constatée. Elles se succèdent même dans un jour. Crises subites, sans que la malade s'en aperçoive : contractions tétaniques des muscles, puis convulsions cloniques avec morsures de la langue : celle-ci porte des cicatrices). Perte de connaissance. Au réveil, elle ne se souvient de rien. L'état de dépression et l'amnésie sont grands, seules, les morsures de la langue lui rappellent qu'elle a eu une crise.

Quoique les crises d'épilepsie aient lieu tous les mois, la grossesse évolue, bien supportée; ces crises surviennent au moment des époques.

Toutes ses crises se ressemblent; pendant les premiers jours des règles, dans la soirée ou la nuit; jamais le jour; elle a mal à la tête, une sensation de boule qui l'étouffe, elle pousse un cri et perd connaissance; au réveil, elle ne se souvient de rien, sinon qu'elle a eu une crise; elle a des maux de tête. On lui dit qu'elle se débat, se mord la langue, écume, crie. N'urine pas; grande lassitude.

Obs. 37. — Marie L....

Mère suicidée. Début des crises à l'âge de 12 ans, à la suite de frayeur. Réglée à 12 ans régulièrement.

A eu une fille non épileptique : les crises auraient cessé pendant la grossesse.

Ménopause amène la cessation des crises.

Obs. 38. — Prise, dans le service de le professeur Plauchu. Léonie G..., 31 ans, ménagère.

A. H. : Père épileptique, mort de pneumonie à 50 ans. Mère vivante, en bonne santé.

A. P. : Nourrie au sein; ne sait pas quand elle a marché. Pas de maladie dans son enfance. Réglée à 14 ans; règles régulières, peu douloureuses; quelques pertes blanches.

L'épilepsie débute à l'âge de 16 ans, par une crise typique, avec perte de connaissance, cri, chute, morsure de la langue, convulsions, coma; amnésie complète. La crise est suivie d'une lassitude intense, accompagnée de céphalée. Ces crises se renouvellent à des intervalles variant entre quinze jours et un mois.

PREMIÈRE GROSSESSE. — Grossesse normale. La malade eut trois ou quatre crises, toutes suivies de chute. A quelques mois, la malade accouche normalement d'un fœtus mort né, bien constitué, venu en siège.

DEUXIÈME GROSSESSE. — Elle a lieu un an après; comme dans la première, celle-ci se signale par des crises comitiales, survenant tous les deux ou trois mois, avec les mêmes caractères.

Aucun autre incident.

Accouchement à terme, spontané, en siège. L'enfant vient vivant, bien constitué. Mis en nourrice, mort de dysenterie à quatre mois.

TROISIÈME GROSSESSE. — Cette grossesse eut absolument la même évolution.

Exempté de tout incident obstétrical, elle fut marquée par des crises toujours aussi fréquentes. Accouchement à terme, spontané, en sommet.

Enfant mis en nourrice, mort de dysenterie le deuxième mois.

QUATRIÈME GROSSESSE. — Elle se termine par une fausse couche de trois mois, qui nécessite un séjour de trente-deux jours à la Charité. Elle eut de la température, mais on n'eut pas à intervenir.

Les crises persistaient. La malade en prit une à la Charité sous les yeux de M. Commandeur, qui ordonna un traitement bromuré qui resta sans résultat.

Pendant deux ans, la malade n'est pas enceinte; les crises surviennent tous les deux ou trois mois.

CINQUIÈME GROSSESSE. — La malade a toujours des crises, avec les mêmes caractères que précédemment. A la suite d'une crise qui eut lieu le 11 novembre 1912, elle fait une chute et, quelques minutes après, le travail se déclare. L'accouchement se fait. Pas d'autres crises.

Influences de la puerpéralité sur les crises comitiales :

Première grossesse : amélioration.

Reste six mois sans crises.

Deuxième grossesse : amélioration : quatre à cinq mois sans crises.

Troisième et quatrième grossesses : pas d'amélioration : les crises se produisent tous les deux mois environ, comme en dehors de la puerpéralité.

Dans l'observation 27, les crises apparaissent après une grossesse, à 30 ans.

Dans l'observation 35, nous ne pensons pas que la grossesse ait une grande influence sur l'épilepsie. Elle est survenue au cours d'une interruption de sept ans; cependant, elle provoque la réapparition des crises.

Chez Marie L... (obs. 37), les crises avaient cessé pendant sa grossesses; elles réapparaissent ensuite, pour finir à la ménopause. L'influence heureuse paraît réelle, mais comment établir une règle sur un cas? surtout quand deux autres malades, et pendant plusieurs grossesses, présentent une persistance, voire une recrudescence des crises ?

Eugénie M... (obs. 36), pendant sa première grossesse, a plusieurs crises, surtout à la fin; dans la deuxième, il y a une « augmentation d'intensité et aussi de fréquence des crises, elles vont jusqu'à se succéder dans le même jour. »

Léonie G... ne voit pas diminuer ses crises. Pendant ses cinq grossesses, au lieu d'être suspendues ou diminuées, les crises sont au contraire augmentées.

D'après ces observations, et d'après les auteurs que nous avons cités, il nous semble que la grossesse ne reste pas étrangère à l'épilepsie, mais il semble qu'elle influence cette affection de façon très diverse; peut-être l'aggrave-t-elle

plus souvent qu'elle ne l'améliore. Il est probable que l'épilepsie réflexe, née avec la grossesse, finit avec l'accouchement.

Mais toutes les épilepsies n'ont pas une origine réflexe. Si elles sont dues, au contraire, à des produits toxiques venus de l'ovaire, elles devraient être suspendues pendant la grossesse. Le problème est complexe; pour le résoudre, il faudrait éclairer toute la pathogénie de l'épilepsie. Nous nous contentons ici de relever l'influence variable de la grossesse.

CHAPITRE IV

La Ménopause.

Enfin la ménopause vient et la période utérine est accomplie : « Le lambeau de la vie allumé dans le sein de la femme est éteint, elle a légué à d'autres l'admirable fonction de la conservation de l'espèce (1) » Elle atteint une période physiologique où semble se faire l'effacement des sexes, en opposition à la puberté qui a préparé leur différence. C'est la deuxième grande date de la vie de la femme, avec elle surviennent des troubles dans l'organisme, plus nombreux peut-être et plus graves qu'à la puberté. « C'est l'âge critique ». Nous en énumérons quelques-uns.

En général, la femme, anxieuse de constater des retards à ses règles, consulte : « Je n'ai pas vu le dernier mois, disent-elles, j'ai un retard de 15 jours, 3 semaines. A ces mots, le médecin doit être sur ses gardes, et si l'ensemble des traits annonce la maturité de la vie, car il ne fera jamais la faute de demander l'âge, il ne doit plus conserver de doutes, les accidents sont dus à l'époque critique. » (2)

(1-2) Brière de Boismont. La menstruation.

De plus, les menstrues sont aussi irrégulières, elles se montrent par exemple trois fois dans un mois, tous les quinze jours, toutes les semaines. Elles cessent et reviennent alternativement. Souvent la femme souffre de douleurs, de coliques utérines, « elles ont un mal dans le ventre », elles souffrent dans les reins. Quelquefois l'abdomen est tuméfié et leur fait croire qu'elles sont enceintes. Une foule d'autres symptômes dénotent un état congestif intense : le poulx est dur et plein, la femme a des « bouffées de chaleur », elle dit souvent « qu'elle a la figure enflammée et qu'elle doit être très rouge ».

Le tube digestif peut être très affecté : la digestion défectueuse, l'appétit mauvais ; les goûts changent, quelquefois ils sont pervers ; cependant la femme grossit, elle perd de sa grâce, sa taille s'alourdit, elle tend à l'obésité.

Les désordres du côté du système nerveux sont aussi nombreux : des étourdissements, des vertiges, des assoupissements, pesanteur ; des crises de bâillement qui n'en finissent plus, très pénibles ; les insomnies sont très fréquentes en dépit de tous les cachets dont il est fait un usage immodéré. C'est le moment des tristesses, la femme pense souvent à la mort ; elle a des crises de larmes dont elle ne peut se défendre. Elle est toujours lasse, a des douleurs dans les membres, éprouve un malaise général, des palpitations, des étouffements, des contractions au cou.

Combien d'autres troubles encore, variables avec le genre de vie et l'éducation.

Ménopause et Pathologie.

Il n'est pas douteux qu'à ce moment encore « toutes les parties du corps, celles qui sont délicates, impressionnables, peuvent être le théâtre de désastres plus ou moins intenses. »

« La pléthore est une des affections qui se présentent le plus souvent. » Les névroses accompagnent fréquemment l'âge critique, et, comme la pléthore, elles peuvent présenter un grand nombre de signes différents. « Il se produit des céphalées rebelles ; il se déclare des épilepsies, des catalepsies, les yeux et la face sont affectés de spasmes et de convulsions, les dents de violentes douleurs » ; la gorge est le siège de constrictions, la poitrine de suffocation, le cœur de palpitations. L'estomac offre de nombreux désordres, parmi lesquels on distingue l'anorexie, les vomissements. Enfin des anomalies nerveuses de tous genres ont été constatées à cette époque.

« Il se déclare des épilepsies. » D'autres auteurs pensent le contraire et ici encore nous retrouvons la même diversité d'opinion, créée par la diversité des observations qui ont été faites. La ménopause peut-elle faire apparaître l'épilepsie ? Oui, pour certains auteurs ; pour d'autres elle l'atténue ou même la guérit. « A la ménopause, nous pensons que la périodicité tend à disparaître avec la périodicité menstruelle, » dit Trepsat. Donc, pour cet auteur, l'épilepsie elle-même ne disparaîtrait pas. Elliotson cite le cas d'une femme qui « après avoir paru guérie pen-

dant trente ans que dura la menstruation, fut reprise du mal comitial à la ménopause. »

Le Breton apporte quatre observations, dans lesquelles la ménopause fait cesser ou diminuer les crises.

Nous donnons les observations du Docteur Relattu et les interprétations ensuite.

OBSERVATIONS

Obs. 39. — Marguerite P..., 73 ans.

Réglée à 15 ans. Mariée, a eu trois enfants, dont un seul est encore vivant.

Ménopause à 48 ans.

La première crise d'épilepsie a lieu à cette époque, à la suite d'une frayeur. Elles se reproduisent fréquemment et avec blessures. Pas de déficit intellectuel. Pneumonie avec hémiplégie droite; décédée.

Autopsie. — Pneumonie base droite, pas de tuberculose. Des petites lésions d'endocardite sur les sigmoïdes aortiques. Ramollissement ancien sous-cortical.

Obs. 40. — Rosalie J..., 55 ans.

On ne relève aucun antécédents chez cette malade. Elle a été réglée tardivement à l'âge de 21 ans. La ménopause a lieu à 50 ans.

Un an après se produit la première crise, petit mal, sans aura.

Obs. 41. — Veuve R...

Réglée à 10 ans régulièrement, jusqu'à l'âge de 40 ans.

Elle a eu trois enfants et pas de fausse couche.

La ménopause a lieu à 45 ans, et la malade souffre de céphalée constante.

A 50 ans, donc cinq après la ménopause, apparaît la première crise d'épilepsie. Cette épilepsie tardive se manifeste par des crises nocturnes, avec morsure de la langue, mictions involontaires et accès de délire de persécution.

En dehors des crises, l'état mental est parfait.

Obs. 42. — Marguerite V..., 59 ans.

Cette malade a été réglée régulièrement depuis l'âge de 14 ans.

Après la ménopause, à l'âge de 54 ans, débute l'épilepsie essentielle. Les crises sont rares et précédées d'une aura. Vertiges sont fréquents. Les crises ont été suspendues au cours d'une pneumonie.

Obs. 43. — Claudine C..., 50 ans.

Hérédo-syphilitique. Sa grand-mère maternelle a peut-être été syphilitique. Elle a de la scoliose et est idiote.

Les premières crises d'épilepsie débutent à l'âge de 9 mois.

Réglée à 16 ans, les crises sont plus fréquentes depuis ce moment.

La ménopause a lieu à 44 ans, et alors, les crises deviennent très fréquentes; il s'agit de haut-mal à allure grave.

Obs. 44. — Jeanne R...

Epilepsie essentielle dont le début est impossible à préciser. Cette malade présente encore une hémiplégie droite infantile et un gros déficit intellectuel.

Réglée régulièrement.

Les crises sont fréquentes, deux à trois par semaine, et les vertiges sont quotidiens.

La ménopause demeure sans influence sur les crises.

Obs. 45. — Joséphine E... , 64 ans.

Père mort rhumatisant. Une sœur morte d'affection indéterminée.

Réglée à 14 ans régulièrement.

L'épilepsie débute à 30 ans, à la suite d'une frayeur.

Les crises se répètent tous les huit mois.

La ménopause, à 44 ans, amène une interruption des crises pendant quatre ans. A 48 ans, elles réapparaissent et plus fréquentes, elles sont en effet mensuelles, et les équivalents sont fréquents.

Obs. 46. — Marguerite K...

Antécédents collatéraux chargés. Gros déficit intellectuel. Réglée à 14 ans régulièrement.

L'épilepsie débute à 28 ans, à la suite d'une frayeur; les crises coïncident avec les règles.

La ménopause exerce une influence légère; les crises sont moins fréquentes.

Obs. 47. — A. P..., 73 ans.

L'épilepsie débute à l'âge de 3 ans, par des crises rares, quoique typiques. La malade reste même trois ou quatre ans sans crises.

Pas de troubles endocriniens.

La ménopause amène la cessation complète des crises.

VOIR :		
observations	{	4. aucune influence.
épilepsie		5. sans action.
et puberté		7. les crises sont plus fréquentes depuis. 8. ménopause amène une interruption.
observations	{	14. les crises cessent deux ans avant la ménopause.
épilepsie		18. cessation complète des crises.
et menstruation		21. crises cessent; remplacées par verti- ges et céphalées.
		29. accès moins fréquents.
observation	{	
épilepsie		37. cessation des crises.
et grossesse		

Sur ces dix-neuf observations, trois malades (obs.

4, 5, 44), la ménopause reste sans influence chez les seize autres l'action semble nette, quoique variable.

Nous allons grouper, dans une première catégorie les malades chez lesquels les crises sont interrompues, ou diminuées de fréquence et de gravité, ou cessent complètement.

Nous comptons six observations :

Obs. 7 : Crises moins fréquentes à ménopause.

Obs. 14 : Les crises qui coïncident avec les règles cessent deux ans avant la ménopause.

Obs. 15 : Règles et crises avaient coïncidé. Celles-ci cessent un an avant celles-là.

Obs. 18 : Coïncidence des crises et des règles, à la ménopause, les crises cessent complètement.

Obs. 21 : Coïncidence antérieure : A la ménopause, les crises sont remplacées par des équivalents.

Obs. 29 : Règles et crises avaient coïncidé, celles-ci deviennent moins fréquentes à la ménopause.

Obs. 37 : Cessation des crises.

Obs. 45 : Interruption de quatre ans à la ménopause.

Obs. 46 : Les crises sont moins fréquentes.

Obs. 47 : Cessation complète.

Dans ces dix observations, la ménopause semble avoir une influence favorable sur l'épilepsie.

Les crises augmentent dans l'obs. 43. Elles deviennent très fréquentes, il s'agit de « haut-mal » à allure grave.

Dans les observations 39, 40, 41, 42, les crises débuent après la ménopause.

L'observation 8 est des plus intéressantes : l'épilepsie débute à la puberté ; les crises sont plus fréquentes

au moment des règles, jusqu'à 21 ans ; à ce moment, elles disparaissent pour être remplacées par des migraines jusqu'à 45 ans, moment de la ménopause qui provoque une crise, jusqu'à 49 ans, il y a cessation.

Elles se reproduisent à ce moment, et tous les quinze jours, extrêmement violentes, et la malade meurt au cours d'une crise.

Comment interpréter cette observation ? La ménopause a-t-elle une influence ? Est-elle favorable ou non ? Si elle a provoqué une crise, c'est par la rupture d'équilibre qui a pu se produire quand la sécrétion ovarienne a cessé. Il nous semble difficile d'expliquer l'interruption suivie de crises si fréquentes qu'elles provoquent la mort.

Au total, sur dix-neuf observations :

Chez 6 malades influence défavorable

Chez 10 — — favorable

Chez 3 — — nulle

D'après ces observations, nous pouvons seulement dire que l'influence de la ménopause sur l'épilepsie est bien variable, elle est loin d'être favorable toujours.

On pourrait croire que ces épilepsies tardives se produisant au moment ou après la ménopause sont purement symptomatiques. Elles pourraient être provoquées soit par un accident spécifique tertiaire, soit par des troubles circulatoires. Cependant, il ne nous semble pas, puisque nous ne retrouvons aucune trace de spécificité qu'elles soient dues « à des lésions spécifiques néoplasiques ou dégénératives du cerveau, de ses vaisseaux ou de ses enveloppes, à des altérations périphériques, comme le veut Fournier. »

Il serait peut-être plus logique de penser à des troubles circulatoires « qui provoquent des crises, en perturbant l'irrigation cérébrale, perturbation qui ne tarde pas à être suivie d'altérations cellulaires ». Ou encore la congestion sur laquelle R. Lépine a attiré l'attention. Nous avons parlé des états congestifs dans la ménopause. Il ne serait pas impossible que la congestion participât à cette épilepsie d'après la ménopause. Cependant, il est aussi vraisemblable que, si l'écoulement menstruel « représente une véritable décharge toxique, il en résulte que la suppression ou l'espacement des règles équivaut à la rétention dans l'organisme d'un certain nombre de produits toxiques qui produiraient ces épilepsies (Rémond et Voivenel).

TABLEAU RÉSUMANT

Observations	ANTÉCÉDENTS			PUBERTÉ	RÈGLES	GROSSESSE	MÉNopause
	H.	C.	P.				
1	—	—	—	Début			
2	+	+	—	Début	Coincid.		
3	+	+	—	Début	Coincid.		
4	+	—	—	Début			O
5	+	+	+	Début			O
6	—	+	+	Début			
7	—	+	+	Début	Coincid.		Dimin.
8	+	—	—	Début	Augm.		Augm.
9	+	—	+	Début			
10	—	—	—	Début	Augm.		
11	—	+	+	Début			
12	+	—	+	Interrupt.			
13	—	—	+	Diminut.	Coincid.		
14	+	+	+		Augm.		Cessat.
15	—	—	+	Début	Coincid.		Cessat.
16	—	—	+		Coincid.		
17	—	—	—		Augm.		
18	—	+	—		Coincid.		Cessat.
19	—	—	—		Coincid.		
20	—	—	—		Coincid.		
21	—	—	—		Coincid.		Cessat.
22	—	—	—		Coincid.		
23	—	—	—		Augm.		
24	+	—	—		Augm.		
25	—	—	—		Augm.		

— signifie Absence d'antécédents
 + » Antécédents positifs.
Début » Début des crises.
Dimin. » Diminution des crises.
Coincid. » Coïncidence des règles et des crises.
Augm. » Augmentation des crises.

LES OBSERVATIONS

Observations	ANTÉCÉDENTS			PUBERTÉ	RÈGLES	GROSSESSE	MÉNOPAUSE
	H.	C.	P.				
26	—	—	—		Coincid.		
27	—	—	—		Coincid.	Début après	
28	—	—	—		Augm.		
29	—	+	+		Coincid.		Diminut.
30	+	+	+		Début		
31	—	—	+		Coincid.		
32	—	—	—		Début		
33	+	—	—		Avant		
34	+	+	—		Avant		
35	—	—	—			Après	
36	+	—	+			Augm. (2)	
37	+	—	—			Cessat.	Cessat.
38	+	—	—			Augm. (5)	
39	—	—	+				Début
40	—	—	—				Après
41	—	—	—				Après
42	—	—	—				Après
43	+	—	+				Augm.
44	—	—	+				O
45	+	—	—				Augm.
46	—	+	+		Coincid.		Dimin.
47	—	—	—				Cessat.
48	—	—	+				Castration
49	—	—	—				Opothérapie

Cessat. signifie Cessation des crises.
Avant. » Les crises débutent avant.
Après » — — — après.
Aug. (2) » Augmentent pendant 2 grossesses.
Aug. (5) » — — — 5 —
O » Sans influence.

CHAPITRE V

Médication ovarienne.

Les nombreux rapports qui existent entre l'épilepsie et la vie génitale chez la femme, ont naturellement conduit les auteurs à penser que cette affection pouvait relever d'un fonctionnement défectueux de l'ovaire.

La fréquence du début des crises ou leur aggravation à la puberté, époque à laquelle l'ovaire entre en fonction ; l'irrégularité fréquente des règles chez ces malades, leur apparition souvent tardive ; les coïncidences nombreuses des crises et des règles ; l'amélioration apportée quelquefois par la ménopause, ont été autant de raisons pour pousser dans cette voie.

L'anatomie pathologique est venue montrer des lésions de l'ovaire. « Les ovaires présentent assez fréquemment des altérations chez les épileptiques, avant la ménopause. Ces glandes sont souvent atrophiées, scléreuses ; les follicules de Graaf existent en petit nombre, on ne note que peu de cicatrices de follicules.

Nous n'avons vu que très rarement des corps jaunes ; chez une malade atteinte de maladie de Friedreich et ayant succombé à un état de mal... les diverses glandes étaient à peu près normales ; seuls les ovaires étaient entièrement altérés et ne contenaient aucun follicule de Graaf.

La suppression de l'activité ovarienne, les règles étant supprimées depuis un mois, avait paru avoir une action très nette sur l'apparition des crises chez un sujet dont le système nerveux était en état de moindre résistance. » (Claude et Schmiergeld) (1).

Mme Laura Forster (1) après examen histologique des ovaires dans les maladies mentales, pense que « dans les maladies du cerveau qui s'expriment par des troubles psychiques, les lésions atrophiantes précoces des ovaires sont la règle ; il y a des relations fonctionnelles réciproques entre le cerveau et les ovaires. »

On s'est donc convaincu de la responsabilité de l'ovaire ; mais à quel mode de traitement devait-on recourir ? Il fallait en effet être fixé sur le vice de fonctionnement de la glande. Produisait-elle trop ou pas assez ? Les sucs ovariens étaient-ils défectueux et contenaient-ils des principes toxiques ? Etaient-ils insuffisants et incapables de détruire les toxiques de l'organisme et d'en maintenir l'équilibre ? Il faudrait connaître toute la physiologie de l'ovaire comme glande à sécrétion interne et externe.

(1) Claude et Schmiergeld. C R Société de Biologie, Juillet 1908.

(2) Laura Forster. C R Revue neurologique, 1908.

On a pensé surtout à une « insuffisance ovarienne » et l'opothérapie a été tentée.

Elle fut employée avec un bonheur inégal: à côté de bons résultats obtenus par certains auteurs, elle est souvent restée inefficace.

Ainsi, Claude et Schmergeld ont traité cinq femmes atteintes d'épilepsie : « Le traitement tel que nous l'avons essayé, disent-ils, est au moins inoffensif. Il est, en outre, actif. Il tend à rétablir le flux menstruel ainsi que nous l'avons observé chez deux des trois malades où ce rappel était possible. Il tend aussi un peu à diminuer le nombre des vertiges et son action s'observe principalement pendant la période thérapeutique. C'est donc là une médication rationnelle, inoffensive et bienfaisante. » Tambroni obtient des succès chez des hystéro-épileptiques par le suc ovarien.

Nous rapportons le cas de transplantation ovarienne effectuée par Brennan : « Une grosse fille sanguine de 19 ans, bien constituée, intelligente, vivant dans un bon milieu, présentant vers l'époque des règles des attaques épileptiformes. Jusqu'à trois fois dans la même journée, elle tombe, avec pâleur de la face, perte de connaissance, rigidité, poings fermés, mouvements convulsifs généralisés, congestion de la figure, se mord la langue et les joues, les extrémités deviennent froides. Elle écume rarement, cri initial exceptionnel. Différents organes sains, utérus sain, ovaires sains, un peu kystiques. Les ovaires sont enlevés. Une partie de l'ovaire gauche est cousue dans la paroi de l'utérus. Dans les jours qui suivent l'opération, il y a une légère crise classique, avec cri initial,

morsure de la langue. L'état général est des plus satisfaisants. »

Si l'insuffisance de la glande peut provoquer l'épilepsie, l'absence doit produire le même effet. L'observation 48, que nous donnons est celle d'une malade sans antécédents, dont l'épilepsie est apparue après la castration.

Gualino a publié l'observation d'une femme chez laquelle les crises apparaissaient aux périodes menstruelles. Il suspendit ses règles pendant cinq mois, en employant des injections de chlorhydrate de cotarine ou stypticine quelques jours avant l'époque des règles : les règles et les crises disparaissent. Le cinquième mois, les injections ayant été suspendues, les crises reparurent. Il donne ensuite à cette femme de la substance ovarienne (deux tablettes d'ovaire de Roche), pendant les dix jours précédant l'époque présumée des règles ; les crises furent suspendues malgré la persistance du flux sanguin ; elles réapparurent après la cessation des règles. »

Dans son service des épileptiques, le Docteur Rebattu, entre autres traitements, a tenté l'opothérapie ovarienne, thyro-ovarienne ; corps jaune et ovaire. Les résultats ont toujours été négatifs ; il n'a noté aucune amélioration. Les crises se sont reproduites aussi nombreuses et les équivalents aussi. Il a fait suivre ce traitement à un grand nombre de malades. Nous ne pouvons reproduire toutes les observations ; quelques-unes ont été données ci-dessus.

OBSERVATIONS

Epilepsie et Castration.

Obs. 48. — Joséphine B..., 50 ans,

Pas d'antécédents.

Réglée à 15 ans.

Castration pour fibrome à 42 ans. La première crise a lieu l'année suivante. Les suivantes sont fréquentes; elles ont lieu avec aura rapide en convulsions générales. En dehors des crises, la céphalée est constante.

Cette malade prend 35 kilos après castration.

Obs. 49. — Veuve B..., 33 ans.

Deux frères en bonne santé.

Un fils de 10 ans bien portant.

L'épilepsie débute à 16 ans; les crises hebdomadaires; les vertiges fréquents. Il y a cessation des règles au moment de l'apparition des crises.

Influence heureuse du mariage : depuis l'âge de 22 ans, jus-
Éléments pythiatiques surajoutés.

Traitée au corps jaune.

Obs. 50. — Marguerite L....

Prise à l'Hospice du Perron. Dans le service du docteur Rebattu, par M. Mollon, interne des Hôpitaux.

A. H. : Père mort à 52 ans d'une hémiplegie consécutive à un ictus apoplectique.

Mère vivante, en bonne santé.

A. C. : Deux frères et sœurs en bonne santé, ne présentant pas de troubles névropathiques.

A. P. : Convulsions dans la première enfance. Rougeole à 8 ans, sans complication. A 20 ans : crises de rhumatisme articulaire aigu, ayant duré deux mois, surtout aux membres inférieurs, s'était accompagné de fièvre. La malade resta alitée deux mois.

Réglée à 18 ans. Règles très irrégulières dans leur apparition.

L'affection actuelle aurait débuté vers l'âge de deux ans, et aurait succédé aux convulsions que la malade eut à cette époque; les crises surviennent très fréquemment : trois à quatre par semaine, parfois en série, trois à quatre par jour. Depuis le début, les crises n'ont jamais cessé; elles n'auraient été influencées qu'à deux périodes.

a) A l'âge de 14 ans, par l'apparition d'une chorée qui dura huit mois, cette chorée s'accompagna de douleurs peu intenses dans les articulations. Les crises d'épilepsie furent diminuées en fréquence pendant la durée de la chorée, sans néanmoins disparaître.

b) Vers l'âge de 18 ans, par l'apparition des règles de la malade, les crises diminuent en fréquence et en intensité, mais il faut aussi noter que c'est au moment des règles que la malade présente des crises, et ces crises sont plus intenses.

ACTUELLEMENT., la malade présente deux séries d'accidents.

1° Des crises d'épilepsie véritable, survenant en moyenne une fois par semaine, précédées par une aura sensitive : douleurs violentes dans la région péri-ombilicale.

2° Des vertiges épileptiques, survenant tous les deux jours en moyenne, 20 par mois, consistant seulement dans l'apparition de l'aura, d'une sensation de vide et d'éblouissement : la malade pâlit, perd connaissance pendant deux ou trois secondes, puis redevient normale; émission fréquente d'urine au cours de ces vertiges; pas de morsure de la langue.

EXAMEN. — Malade de constitution normale, répondant bien à l'interrogatoire, ne présentant aucun trouble psychique.

Système nerveux : réflexes rotuliens normaux; réflexes oculaires normaux; strabisme divergent; légère exophtalmie, pas de tremblement, pas de goître, pas de signes oculaires de la maladie de Basedow.

CŒUR. — Pointe battant dans le VI espace, un peu en dehors de la ligne mamelonnaire. Vibration de la pointe. On entend dans toute la région précordiale un souffle diastolique, de tonalité basse, doux, aspiratif, dont le maximum est dans le III espace gauche. Ce souffle se propage vers la pointe du sternum et vers la pointe du cœur.

Dans le II espace droit et dans le gauche, double souffle très net, le systolique se propage vers la clavicul droite et les vaisseaux du cou.

Rien aux poumons.

TRAITEMENT. — Corps jaune.

Le traitement commence le 27 juin, 1 comprimé par jour, est continué pendant tout le mois de juillet et jusqu'au 8 août. Pendant ce même temps, la malade reçoit aussi un demi-comprimé de corps phyroïde par jour et deux granules de bromure.

Le tableau des crises montre :

Mars : 12 crises ; 10 vertiges.

Avril : 4 crises ; 9 vertiges.

Mai : 6 crises ; 9 vertiges.

Juin : 9 crises ; 27 vertiges.

Juillet : 13 vertiges.

Août : 2 vertiges ; 4 crises.

L'action de cette médication reste nulle.

Obs. 51. — Jeanne-Marie D...

A. H. : Parents morts de la grippe à 68 ans. Ethylisme léger du père.

A. C. : 6 frères, 2 actuellement vivants.

A. P. : Aucune maladie. Bien portante jusqu'à 9 ans. Début des crises à ce moment, sans cause apparente, d'abord toutes les 3 semaines, puis plusieurs crises par jour. Il y a morsure de la langue, émission d'urine. Pas de vertiges. Absences assez fréquentes. Deux traumatismes graves à la suite de chute : un au coude, fracture probable de l'olécrâne, la malade accuse du fourmillement dans le petit doigt et l'annulaire. Pas d'autres signes de lésion du cubital. Traumatisme de l'épaule droite.

Réglée à 15 ans, régulièrement, mais les règles sont peu abondantes, les crises surviennent 2 à 3 jours avant les règles. La malade a été mise pendant deux mois au traitement thyro-ovarien, lequel n'empêche pas les crises.

Actuellement, crise une fois par mois dans les 3 jours qui précèdent les règles, pas d'aura.

Vertiges très rares. Pas d'absence.

Déficit intellectuel léger. La malade répond assez souvent à côté de la question posée. Grande nervosité, accès de colère nécessitant la mise en cellule de la malade.

Système nerveux : pupilles normales, réagissant à la lumière et à l'accommodation. Exagération des réflexes rotuliens. Myotonie du quadriceps.

Quelques-unes des malades soumises au traitement thyro-ovarien :

J.-Marie D..., Marguerite G..., P., 35 ans, Germaine G., Clotilde V..., corps jaune, 21 octobre au 12 novembre.

Marguerite G..., Marguerite V..., Clotilde V..., 25 décembre au 10 janvier, corps jaune et thyroïde.

L'opothérapie ovarienne, thyro-ovarienne, le corps jaune, n'ont donné aucun résultat chez toutes ces malades.

DEUXIÈME PARTIE

Réflexions et Conclusions générales.

Dans toute la première partie de notre travail, par les nombreuses observations que nous avons rapportées, nous nous sommes efforcé de montrer que, dans une très grande proportion, il existe chez les épileptiques des relations entre leur affection et les différentes phases de la vie génitale. Aucune d'elles ne se produit sans provoquer une répercussion sur cette affection. Nous avons vu que la puberté pouvait provoquer l'apparition des crises, qu'elle leur donnait souvent un coup de fouet si elles avaient déjà paru pendant l'enfance. Au cours de l'évolution de la vie utérine, tantôt les accès devenaient plus fréquents, et plus graves aux périodes menstruelles, tantôt ils ne se produisaient seulement qu'à ce moment ; dans un bien grand nombre de cas, règles et crises sont étrangères les unes des autres. La grossesse et la ménopause, qui sont la suppression momentanée pour l'une, définitive pour l'autre, de la fonction ovarienne,

agissent de façon très diverses. Malgré cette variabilité si fréquente des relations qui existent entre l'épilepsie et la vie génitale, nous ne pouvons les nier. Mais comment cette fonction génitale qui se trouve sous la dépendance de l'ovaire, peut-elle agir sur l'épilepsie ? Que la sécrétion ovarienne soit insuffisante, absente, par quels mécanismes agit-elle ? sert-elle à détruire des toxiques et à les éliminer ? ou peut-elle être, elle-même, source de toxiques ?

Ce sont là des problèmes de physiologie pathologique extrêmement complexes, dans lesquels la lumière n'est pas encore faite. Nous concevons toute la difficulté qu'ils présentent, et si nous les abordons, ce sera seulement pour émettre quelques hypothèses.

1° La sécrétion ovarienne, si elle sert à détruire et éliminer des toxiques de l'organisme, son insuffisance peut entraîner une rétention de poisons dans l'organisme.

2° Les produits de la sécrétion ovarienne peuvent eux-mêmes jouer le rôle de toxiques.

1° *Insuffisance ovarienne*

Il est probable que les produits ovariens sont nécessaires à la vie de la femme, s'ils « retentissent sur le métabolisme général » comme le veulent Parhon et Urechia.

Il est logique de distinguer, avec Sainton (1) une insuffisance congénitale : « Les symptômes rappellent

(1) Sainton.- Encéphale 1908.

ceux de l'infantilisme et l'état mental, celui des enfants » ; les caractères ressemblent un peu à ceux des Hedjeras de l'Inde, rapportés par Roberts : Ces femmes castrées depuis leur jeune âge « n'avaient ni gorge, ni mamelons, pas de poils au pubis, des hanches aussi peu développées que chez l'homme, les fesses plates, les organes génitaux externes atrophiés et de plus, elles n'avaient jamais été réglées. »

UNE INSUFFISANCE ACQUISE CHIRURGICALE

Ces femmes présentent « un affaiblissement de la mémoire, des modifications du caractère : irritabilité, méchanceté, grande tendance à l'hypochondrie. »

On ne trouve que rarement chez les épileptiques des signes d'insuffisance ovarienne bien nets, cependant, en général, elles sont irrégulièrement réglées, ont du retard, des douleurs, des règles peu abondantes. Beaucoup de femmes présentant des signes d'insuffisance ovarienne, ne sont pas épileptiques, mais chez celles qui présentent une tare nerveuse, héréditaire ou acquise, il en va différemment.

Laignel-Levastine dit que « toute insuffisance glandulaire entraînant un certain degré d'intoxication, peut, chez des individus présentant des points du cortex particulièrement sensibles, se manifester par des crises épileptiques ».

Pour beaucoup d'auteurs, tel Trepsat, « le sang menstruel n'a pas la même composition que le sang normal ni les mêmes propriétés. Il ne se coagule pas, il est plus toxique. Les règles servent donc à élimi-

ner une substance toxique spéciale. Or, on sait que toutes les sécrétions, lorsqu'elles sont sur le point d'être éliminées et qu'elles n'appartiennent plus à la cellule vivante, acquièrent rapidement une toxicité extrême. On peut donc parler d'intoxication menstruelle ».

Il est donc possible, si la sécrétion ovarienne est insuffisante, que les toxiques emmagasinés dans l'organisme, puissent agir sur un point faible du cerveau et déclancher l'épilepsie. On pourrait ranger dans cette catégorie les épilepsies des femmes peu ou mal réglées, des ovariectomisées, des femmes enceintes, des épilepsies d'après la ménopause. Dans ces cas, l'on pourrait obtenir de bons résultats avec l'opothérapie ovarienne.

2° Sécrétion toxique de l'ovaire

Mais, comment expliquer la fréquence de l'apparition des crises à la puberté ; leur aggravation, leur coïncidence avec les règles et qui disparaissent à la ménopause ? L'indépendance des crises et des règles ? Il faut un facteur autre que l'insuffisance ; il faut supposer une toxicité des produits ovariens. « La crise d'épilepsie paraît due à la présence de toxines endogènes dans le sang, dit Gaspar (1) ; l'injection du sang ou de sérum épileptique provoque l'attaque dans certaines conditions ; la toxicité des urines est augmentée immédiatement après l'attaque, de même celle du liquide céphalo-rachidien ».

Villemin (2), après injection d'extrait de corps

(1) Gaspar.- Encéphale 1908.

(2) Villemin.- Thèse de Lyon, 1907-1908.

jaune de truie et de vache à des lapines et à des chiennes, conclut : « Ces faits expérimentaux montrent que le sang des règles est toxique et, de plus, contient un principe vaso-dilatateur et toxique. On peut supposer que le corps jaune qui est à sa période d'état au moment de la période cataméniale chez la femme, et de rut chez les mammifères, déverse dans l'organisme des principes vaso-dilatateurs et toxiques.

3° Nous pouvons envisager une autre hypothèse qui nous semble bien vraisemblable : en dehors de toute insuffisance ovarienne, de toute sécrétion toxique et d'hérédité, chez certains sujets victimes des affections de l'enfance, qui ont lésé les cellules nerveuses, la rupture d'équilibre provoquées à chaque phase de la vie génitale, peut provoquer l'accès.

4° Enfin, l'épilepsie, tout en présentant des relations étroites avec la fonction ovarienne, peut ne pas être étrangère au fonctionnement des autres glandes à sécrétion interne. L'épilepsie pourrait être due à des troubles pluriglandulaires.

CONCLUSIONS

I. — Il existe une relation étroite entre l'épilepsie et les différentes phases de la vie génitale de la femme.

II. — La clinique montre, par de nombreuses observations : que la puberté est l'époque à laquelle les crises apparaissent le plus fréquemment ; que l'épilepsie déjà existante, reçoit à ce moment une impulsion nouvelle et souvent, les crises sont augmentées en nombre et en intensité ; presque jamais l'épilepsie n'est améliorée à la puberté.

III. — Ultérieurement, les crises et les règles coïncident souvent ; cependant, il est fréquent de voir les crises évoluer pour leur propre compte, sans le moindre rapport avec les règles, que ces crises aient ou non débuté à la puberté.

IV. — La grossesse semble avoir une influence ; mais celle-ci est variable : si elle peut suspendre les crises, souvent elle ne les améliore pas ; elle peut même les aggraver ou les faire apparaître.

V. — La ménopause enfin a une influence également variable.

Quelquefois, la guérison de l'épilepsie coïncide avec l'apparition de « l'âge critique » ; mais il est plus fréquent de voir les crises apparaître ou devenir plus nombreuses au moment de la ménopause.

VI. — L'opothérapie ovarienne est généralement inefficace. La castration n'a pas d'action certaine.

L'anatomie pathologique montre quelquefois des lésions de l'ovaire chez les épileptiques.

VIII. — Il est donc peu probable que les relations qui existent entre l'épilepsie et les différentes phases de la vie génitale chez la femme soient des relations de cause à effet ; tout au plus ces phases peuvent-elles jouer un rôle dans le moment de l'apparition des crises.

VIII. — Il est difficile actuellement d'expliquer le mécanisme de cette action. On peut seulement émettre l'hypothèse d'une auto-intoxication dans laquelle interviendrait la fonction ovarienne.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Jean LÉPINE.

Vu :

LE DOYEN,

Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 23 Novembre 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- BALLET et FAURE. — Un cas d'épilepsie d'origine hépatique (*Presse Médicale*, 9 avril 1902).
- BEAU. — Recherches statistiques pour servir à l'histoire de l'épilepsie et de l'hystérie (*Arch. gén. de Méd.*, 2 série, juillet 1836).
- BERNARD (Claude). — Physiologie générale. Rapport sur les progrès et la marche de la physiologie en France, 1872.
- BOUCHÉ (Bruxelles). — Etat actuel de l'anatomie pathologique de l'épilepsie dite essentielle.
- BRENNAN. — Epilepsie menstruelle guérie par transplantation ovarienne (*Revue Médicale du Canada*, 1903), n° 51. — C. R. *Presse Médicale*, 3 oct. 1903.
- BRIÈRE DE BOISMONT. — La menstruation considérée dans ses rapports physiologiques et pathologiques.
- CESAR JUANAOS. — *Revista frenopatica espanola*, août 1919 (*Encéphale*, 1910). C. R.
- CHEVALEVA (E.-V.). — Assemblée scientifique des médecins de l'hôpital de N.-D. des Affligés pour les aliénés et de l'Asile Psychiatrique de Novoznamens-Kaïa, à Petrograd, séance du 19 nov. 1914. C. R. *Revue Neurologique*, 1915.

- CUNEO GEROLANO — Recherches bio-chimiques sur la fonction uropoiétique et sur les altérations de la composition du sang dans l'épilepsie. *C. R. Revista Sperimentale di Frenatria*, 31 déc. 1914.
- CLAUDE et SCHMIERGELD. — Etat des glandes à sécrétion interne dans l'épilepsie (*C. R. hebdomadaire de la Société de Biologie*, juillet 1908), n° 25, 26, 27. *C. R. Presse Médicale*, 8 août 1908. Glandes à sécrétion interne chez les épileptiques (*Encéphale*, n° 1, 1^{er} janv. 1909).
- CLAUDE et GOUGEROT. — Syndromes d'insuffisance pluriglandulaire (*Revue de Médecine*, 1908, N^{os} 10 et 11).
- DJERGINSKI (de Karkow). — Questions russes de psychiatrie et de Neurologie, N° 3 et 4 (1914) (*C. R. Revue neurologique*, 1916).
- ETIENNE et RICHARD. — Epilepsie d'origine endocrinienne. (*C. R. Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1920).
- ETCHEPARE. — La menstruation chez les aliénées (*C. R. Revista Med. del Uruguay*, décembre 1904).
- FÉRÉ. — Les épilepsies et les épileptiques.
- FLEURY. — Nature de l'épilepsie (*C. R. Presse Médicale*, juillet 1921).
- FORSTER LAURA. — Proceedings of the Royal Society of medicine, vol. X, N° 7 (*C. R. Revue neurologique*).
- FRANCILLON. — Essai sur la puberté chez la femme (*Thèse Paris* 1905-1906).
- GALARAN-GASPAR. — *Revista frenopatica española*, 1913.
- GELINEAU. — Traité des épilepsies.
- GEORGOPOULOS. — Etiologie de l'épilepsie (*Thèse de Lyon*, 1917-1918).
- GORDON. — Epilepsy in its relation to menstruals.
- GUALINO. — Contribution clinique à la pathogénie de l'épilepsie menstruelle.
- GUIDI. — Pathogénie de l'épilepsie. *Revista sperimentale di frenatria. C. R. Encephale*, 1909.

HANDELSMANN. — Recherches expérimentales et chimiques sur le rôle de la choline dans les crises épileptiques. (*C. R. Encéphale*, 1909).

HARTENBERG. — Conception nouvelle de l'épilepsie. (*Presse médicale*, 1919, 8 novembre).

HOBBS. — Rapports de l'aliénation mentale avec les affections génitales de la femme (*C. R. Presse médicale*, 1900).

KLIPPEL et LHERMITE. — Démence précoce (anatomie pathologique et pathogénie) (*C. R. Revue de Psychiatrie*, févr. 1904, p. 45).

LAIGNEL-LAVASTINE. — Des troubles psychiques par perturbations des glandes à sécrétion interne. Rapport au Congrès de Dijon, août 1908.

LAURÈS et GASCARD. — Variations du taux de l'urée dans le liquide céphalo-rachidien prélevé au moment et en dehors des convulsives épileptiques et hystériques (*C. R. Revue neurologique*, 1919).

LE BRETON. — Épilepsie et menstruation (*Thèse de Paris*, 1912).

LÉPINE (J.). — Emotion et épilepsie (*Lyon médical*, 1912).

— Épilepsie psycho-asthénique (*Revue de Médecine*, 1911).

LEVI-BIANCHINI. — Les épilepsies menstruelles (*C. R. Encéphale*, 1910).

PIERRE MARIE. — Note sur l'étiologie de l'épilepsie (*Progrès médical*, 1907, *Semaine médicale*, 1892).

MENDÈS. — Pathogénie et traitement de l'épilepsie (*Revista frenopatica espanola*, 1910.— *C. R. Encéphale*, 1910).

MÖDER (Zurich). — Sexualité et épilepsie (*C. R. Revue neurologique*, 1914-1915).

MYRTLE. — A case of confirmed epilepsy with irregular and painful menstruation successfully treated by Leclanché continous current (*British medical journal*, 1878).

OBREGIA et URECHIA (Bucarest). — Les variations de l'urée dans le sang, le liquide céphalo-rachidien et l'urine des épileptiques (*C. R. Revue neurologique*).

PARHON et URECHIA. — Quelques considérations sur l'influence de la menstruation sur la fréquence des accès épileptiques (*Journal de Neurologie*, 5 déc. 1908, p. 44).

PECH. — L'épilepsie.

PELLACANI. — Revista di patologia nervosa e mentale (*C. R. Revue neurologique*).

RACIBORSKI. — De la puberté et de l'âge critique chez la femme.

REBATTU, MOLLON et SEDAILLAN. — Epilepsie et fonction ovarienne (*C. R. Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, séance du 27 juin 1922).

REED. — Journal of the American medical association (*C. R. Revue neurologique*).

REMOND et VOIVENEL. — Rôle de la ménopause en pathologie mentale.

ROBERTS. — Voir Raciborski.

RUSSEL. — Société royale de Médecine de Londres (*C. R. Presse médicale*, févr. 1919).

SAINTON. — Les troubles psychiques dans les altérations des glandes à réaction interne. (*Encéphale*, 1906, S^o 1).

TISSOT. — Dissertation sur les fièvres biliaires. Œuvres complètes.

TOULOUSE et MARCHAND. — De la thérapeutique ovarienne chez les épileptiques (*C. R. Société de Biologie*, 18 février 1899).

— *Revue neurologique*, 1913.

TREPSAT. — Epilepsie et Menstruation (*Encéphale*, juin 1908, pp. 486-492).

VILLARD. — De la menstruation chez les épileptiques (*Mouvement médical*, 1868, N^{os} 30, 31).

VILLEMIN. — Le corps jaune considéré comme glande à sécrétion interne de l'ovaire (*Thèse de Lyon*, 1907-08).

WALDMANN. — Epilepsie et médication thyroïdienne (*Thèse de Lyon*, 1909).

WILLIAM et WHERRY. — Journal of the American medical association, octobre 1916,

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	11
Historique.....	15
Chapitre premier. — La puberté	29
Observations : Epilepsie et puberté.....	37
Chapitre II. — Epilepsie et évolution des règles	44
Menstruation normale.....	44
Menstruation et épilepsie	47
Observations.....	50
Chapitre III. — Epilepsie et grossesse.....	58
Observations	61
Chapitre IV. — La ménopause.....	67
Ménopause et pathologie.....	69
Observations	70
Tableau résumant les observations.....	76
Chapitre V. — Médication ovarienne.....	78
Observations	82
Réflexions et conclusions générales.....	86
Conclusions.....	91
Bibliographie.....	93
